

# Fengsel, isolasjon og varetekt sett fra fengselslegens ståsted

*En institusjonell-etnografisk studie*

**Marte Rua**



Masteroppgave i sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Samfunnsvitenskapelig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mars 2009



## Sammendrag

I denne oppgaven undersøkes møter mellom helbred og straff i norske fengsler, sett fra fengselslegens ståsted. Fengselslegers arbeid foregår innenfor spesielle rammer. De skal verne om pasientenes helse, men arbeider innenfor en strengt regulert institusjon som tidvis produserer lidelse. Motsetninger mellom fengselets straffe- og bevoktningsoppgaver og hensynet til fangers helse settes på spissen i norsk isolasjonspraksis, og særlig ved isolasjon av varetektsfanger. Varetektsisolasjon er omdiskutert, og har møtt gjentatt kritikk fra blant andre FNs og Europarådets torturkomiteer. Kritikken hviler på kjente helsemessige skadevirkninger av isolasjon.

Inspirert av institusjonell etnografi, tilnærmer jeg meg isolasjon av domfelte og varetektsfanger som en institusjonell praksis, og undersøker den fra ståstedet til fengselsleger som deltar i den. Særlig med utgangspunkt i legers konkrete erfaringer, og hva de vet om og i sitt arbeid, studeres fengselet som et kompleks av institusjonelle relasjoner som trer inn i og virker i legenes hverdag. Fra deres posisjon vil jeg belyse hvordan fengsel, isolasjon og varetekt gjøres i Norge.

Undersøkelsens hovedmateriale er data fra kvalitative intervjuer med leger på fire høysikkerhetsfengsler i Norge, men også en rekke tekster er innlemmet i materialet. Studien er empirinær, med eksplorerende forskningsspørsmål: *Hvordan forholder legene seg til isolasjon i sitt arbeid? Hva kan deres erfaringer fortelle om hvordan møter mellom helbred og straff i norske fengsler fortoner seg og løses generelt? Og på hvilken måte står legenes arbeid i relasjon til makt og institusjonell styring?* Et spørsmål som har utviklet seg underveis i studien, og som den samlet gir et bilde av, er *hvorfor det er så stille rundt temaet isolasjon og varetekt der mennesker arbeider med fengselshelse på ulike hierarkiske institusjonelle nivåer*. Målet er å produsere tilgjengelig kunnskap om legenes arbeid gjennom rike etnografiske beskrivelser, samt gripe på hvilken måte arbeidet er koordinert gjennom fokus på institusjonelle styringsprosesser.

Utover å besvare forskningsspørsmålene, er det et overordnet siktemål i oppgaven å prøve ut den sosiologiske tilnærmingen institusjonell etnografi. Etter å ha redegjort for retningen og hvordan den har påvirket forskningsdesignet, følger analysen i to deler. Den første gir et innblikk i rammene for legenes arbeid slik de ser ut ”utenfra” gjennom diverse tekster, og ut fra hvordan arbeidet er styrt av norske helsemyndigheter og Legeforeningen ”fra toppen”. Den andre delen beskriver og analyserer institusjonelle ordninger og praksis

overfor isolerte fanger, med utgangspunkt i erfaringene fra fengselslegenes arbeid ”nede i hverdagen”.

Datamaterialet viser at varetekt og isolasjon generelt er et ikke-tema. Tematikken har sildret ut av både veiledende tekster og organisatoriske strukturer hos norske helsemyndigheter – og blitt borte. Verken norsk politisk ledelse, deres utøvende myndigheter eller Legeforeningen, legger opp til at fengselslegenes blikk styres mot isolerte. Og når menneskerettigheter og legeetikk i fengsler er tema, problematiseres det ikke innenfor en norsk kontekst. Der aktørene på ”straffesiden” av det institusjonelle landskapet rundt legene har et system for isolasjon og varetekt, har ikke aktørene på ”helsesiden” en tilsvarende systematisk beredskap for å fange opp helseskader som kan oppstå. Generelt er det vanskelig å oppfatte fengselslegenes arbeid som prioritert hos norske myndigheter.

Arbeidet til fengselslegene ligner det på et vanlig legekantor. Mye er opp til dem selv, og de kommer langt med allmennlegekunnskapene sine. Legene har ikke som oppgave å følge med på mer eller mindre isolerte fanger. Der de opplever at isolerte får plager eller helseskader, har legene flere muligheter til å behandle, henvise videre og be om tilretteleggelse ute i fengselet. Men deres handlingsrom stanser ved fengselets sikkerhetsvurderinger og ressurser. Legene kan mene ulike ting om fengselet prinsippelt og praktisk, men aksepterer at det er slik og at sikkerheten kommer først. Om de er uenige med fengselet, ordner de opp lokalt. Den viktigste grunnen til at det ikke er konflikt der det oppstår motsetninger mellom helsemessige forhold og straffen/bevoktningen, er at legene eller helsearbeiderne ikke lager konflikt. De institusjonelle ordningene inviterer ikke til det. Det er i tillegg uklare prosedyrer for konflikthåndtering i norske fengsler.

## Forord

I en lærebok om kvalitativ forskning jeg leste tidlig på masterstudiet, oppfordrer Widerberg leseren til å informere om prosjektet sitt i så mange sammenhenger som mulig, og be om synspunkter, ideer og tips av alle slag (Widerberg 2001:38). Nå har jeg ikke tall på hvor mange jeg har fortalt om dette mastergradsprosjektet til. Begeistringen og den velvillige hjelpsomheten jeg har møtt fra veldig mange mennesker er vanskelig å beskrive. Uselvsk har dere raust delt av deres kontakter, litteratur, dokumenter, erfaringer og tanker som på forskjellige måter har gjort at jeg har fått et mye bedre grunnlag for forståelse enn jeg ville gjort alene på lesesalen. Mange har gitt av treffetiden, arbeidstiden og fritiden sin, vist interesse og gitt råd – men noen må takkes spesielt:

Jeg vil takke informantene, som har vist meg tillit og tålmodighet, gitt av tiden og kunnskapen sin. Denne oppgaven er mer enn noe annet basert på det jeg har lært av dem.

Karin Widerberg kan ikke takkes nok, ingen sosiolog har lært meg mer om sosiologifaget og sosiologi i praksis. Hun gjør stadig sosiologi på seg selv og sine omgivelser, og deler av det hun finner. Tålmodig, engasjert og entusiastisk har hun veiledet med streng faglighet og empati på samme tid. Hennes unike evne til å få en til å føle velbegrunnet selvtillit må oppleves!

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved UiO har bidratt økonomisk til datainnsamlingen og gitt permisjoner fra masterstudiet. Pernille Birkeland og Ida Nafstad har stilt vanskelige spørsmål til metoden, lest utkast og gitt viktige tilbakemeldinger. Det samme har Rune Ellefsen, som i tillegg – lyst og lett – har bidratt uvurderlig med å frigi tid til å skrive i det daglige. Lina Tosterud har lest korrektur på hele teksten, Kjetil Bergsås Mikkelsen har hjulpet med figurene. Tusen takk!

Dette masterprosjektet hadde neppe blitt til uten de faglige samtalene jeg har hatt med Sverre Flaatten gjennom mange år. Takk også til medstudenter i nærlesningsgruppa om Dorothy E. Smith, og Karin Widerberg som ledet den. Takk til forståelsesfulle forhenværende kolleger i administrasjonen på Institutt for samfunnsforskning (ISF), og til Karl Henrik Sivesind, Trygve Gulbrandsen, Jon Rogstad, Line Dugstad og Arnfinn Midtbøen Haagensen for gode råd, hjelp og litteratur. En spesiell takk til tidligere hovedbibliotekar Sven Lindblad og kollegene hans på ISFs fantastiske bibliotek, som har gjennomført omfattende artikkelsøk og skaffet utallige artikler fra fjern og nær.

Hedda Giertsen har raust og uoppfordret meg lite tilgjengelige artikler. Også Stein Lillevolden har gitt meg innspill og litteratur som er vanskelig å finne. Evy Frantzsen og Cecilie Høygård har oppmuntret og introdusert meg for flere hjelpere. Ragnar Kristoffersen har gitt meg utilgjengelige statistikker fra Kriminalomsorgen. Kjetil Karlsen har gitt meg informasjon og synspunkter fra sine erfaringer som fengselslege i Tromsø, og satt meg i kontakt med personer med kunnskap om feltet. Takk også til alle som har kommet med tilbakemeldinger på prosjektet mitt i forbindelse med foredrag og debatt på Norsk forening for kriminalreform (KROM) sin årlige vinterkonferanse (09.01.09), foredrag i nettredaksjonen til emnebiblioteket fengselshelsetjeneste ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (11.03.08), samt paper på gruppesesjon på Sosiologforeningens vinterseminar (25.01.08).

Takk til Kaja W. Polmar for forventningsfull og kritisk interesse – også for dette master-prosjektet – som jeg så gjerne skulle hatt mer av. Takk til snille venner, familie, medboere og mormor.

Oslo, mars 2009

Marte Rua

# Innhold

|   |            |
|---|------------|
| <b>SAMMENDRAG .....</b>   | <b>III</b> |
| <b>FORORD .....</b>   | <b>V</b>   |
| <b>INNHold .....</b>  | <b>VII</b> |
| <b>1. INNLEDNING .....</b>  | <b>1</b>   |
| 1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING .....   | 1          |
| 1.2 FORFORSTÅELSE OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....  | 2          |
| 1.3 OPPGAVENS SAMFUNNSMESSIGE OG SOSIOLOGISKE RELEVANS .....  | 3          |
| 1.4 OPPBYGNING AV OPPGAVEN .....  | 4          |
| <b>2. TEORI OG FRAMGANGSMÅTE .....</b>  | <b>6</b>   |
| 2.1 TEORETISK RAMMEVERK: INSTITUSJONELL ETNOGRAFI .....   | 6          |
| 2.1.1 <i>Dorothy E. Smiths kritikk av styringsperspektiver i sosiologien</i> .....                                | 7          |
| 2.1.2 <i>Motstrategien: En framgangsmåte for å utforske det sosiale</i> .....                                     | 9          |
| 2.1.3 <i>Ontologisk grunnlag: Aktiviteter koordinert i og av sosiale relasjoner</i> .....                         | 10         |
| 2.2 OVERORDNEDE IMPLIKASJONER FOR ET FORSKNINGSOPPLEGG .....  | 11         |
| 2.2.1 <i>Institusjonen i språket – språket i institusjonen</i> .....  | 12         |
| 2.2.2 <i>Formålet med intervjuene: "Work knowledge" som intervjudata</i> .....                                    | 13         |
| 2.2.3 <i>Erfaring som datamateriale</i> .....   | 14         |
| 2.2.4 <i>Tekst som datamateriale</i> .....  | 15         |
| 2.2.5 <i>Konsekvenser for kvalitativ forskning</i> .....  | 16         |
| 2.3 PRAKTISK GJENNOMFØRING .....  | 19         |
| 2.3.1 <i>Datainnsamling I: Ikke-intervjudata</i> .....  | 21         |
| 2.3.2 <i>Datainnsamling II: Intervjudata</i> .....  | 22         |
| 2.3.3 <i>Å spørre om handlinger og holdninger til en omdiskutert praksis og abstrakte etiske prinsipper</i> ..... | 26         |
| 2.3.4 <i>Kunnskapsambisjoner og generalisering</i> .....  | 28         |
| 2.3.5 <i>Analyse</i> .....  | 28         |
| 2.4 KRITIKK OG VIDEREUTVIKLING .....  | 31         |
| 2.4.1 <i>Forskningsetiske problemer</i> .....   | 31         |
| 2.4.2 <i>Å begynne ovenfra: "Overblikk" som forforståelse og realitet</i> .....                                   | 32         |
| 2.4.3 <i>Forståelsen av tekst i oppgaven: Tekst organiserer sosiale relasjoner</i> .....                          | 33         |
| 2.5 KONSEKVENSER FOR OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING .....  | 35         |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>DEL 1: LANDSKAPET SETT UTENFRA .....</b>   | <b>36</b> |
| <b>3. TEKSTENES LANDSKAP.....</b>   | <b>38</b> |
| 3.1 ISOLASJON OG VARETEKT I NORSKE FENGSLER.....  | 38        |
| 3.2 KUNNSKAP OM FANGEBEFOLKNINGENS HELSE OG HELSEMESSIGE KONSEKVENSER<br>AV ISOLASJON.....                  | 40        |
| 3.3 DEBATT RUNDT BRUK AV ISOLASJON .....  | 42        |
| 3.4 ET KART OVER LANDSKAPET RUNDT FENGSELSLEGENE .....  | 44        |
| <b>4. STILLHETEN DER OPPE.....</b>  | <b>47</b> |
| 4.1 LEGEPROFESJONENS ORGANER VENDER BLIKKET UT AV NORGE .....   | 47        |
| 4.2 TEMAET FORSVINNER I TEKSTENE FRA NORSKE HELSEMYNDIGHETER.....   | 49        |
| 4.2.1 Varetektsfanger utpekes ikke lenger som særlig belastet gruppe.....                                   | 50        |
| 4.2.2 Generelt en annen tone fra direktoratet .....   | 51        |
| 4.3 JAKTEN PÅ INSTRUKSENE SOM BLE BORTE.....  | 53        |
| 4.4 VARETEKT OG ISOLASJON: EN VAG PROBLEMATIKK HOS NORSKE HELSEMYNDIGHETER .....                            | 56        |
| 4.5 FRA "LOOK TO NORWAY" TIL "SPØR NOEN ANDRE"? .....   | 56        |
| 4.6 NYE SPØRSMÅL .....  | 57        |
| <b>DEL 2: LANDSKAPET SETT NEDENFRA.....</b>   | <b>58</b> |
| <b>5. FENGSELSLEGEN SETT SOM POSISJON I EN INSTITUSJONELL PRAKSIS .....</b>                                 | <b>59</b> |
| 5.1 FENGSELSLEGENE OG DEN ØVRIGE LEGESTANDEN I NORGE .....  | 59        |
| 5.2 FENGSELSEGENES FRIE OG UAVHENGIGE STILLING OVERFOR FENGSELET .....                                      | 60        |
| 5.3 FENGSELSEGENES RELASJON TIL OG ARBEID MED ANDRE.....  | 62        |
| 5.4 ET NYTT KART OVER LANDSKAPET RUNDT FENGSELSLEGENE .....   | 64        |
| 5.5 HVOR FÅR FENGSELSLEGENE KUNNSKAP FRA? HVOR STERKT BLIR DERES<br>OPPMERKSOMHET STYRT? .....              | 66        |
| 5.6 SVAK STYRING AV FENGSELSLEGENES VIRKSOMHET.....   | 68        |
| 5.7 SIN EGEN LYKKES LÅSESMED? UHELDIGE KOMBINASJONER AV UTSKIFTINGER, LITE<br>FELLESSKAP OG OPPFØLGING..... | 70        |
| 5.8 OM SVAK STYRING AV HELSEARBEID INNENFOR DET STRENGT REGULERTE FENGSELET.....                            | 72        |
| <b>6. FENGSELSLEGENES PRAKSIS OG HVORDAN VARETEKT OG ISOLASJON GJØRES<br/>SYNLIG FOR DEM.....</b>           | <b>75</b> |
| 6.1 EN KONSTRUERT PERSON: <i>FENGSELSLEGEN</i> .....  | 75        |
| 6.2 EN VANLIG DAG PÅ LEGEKONTORET.....  | 77        |
| 6.3 HVOR OG HVORDAN BLIR ISOLASJON GJORT SYNLIG FOR <i>FENGSELSLEGEN</i> ? .....                            | 78        |
| 6.4 <i>FENGSELSLEGENS</i> MULIGHETER NÅR ISOLERTE FÅR HELSEPROBLEMER .....                                  | 82        |
| 6.5 UKLART OM MULIGHETER GJELDER VARETEKTSFANGER.....   | 83        |
| 6.6 DET ER AVSTAND MELLOM <i>FENGSELSLEGEN</i> OG FANGENE .....   | 85        |



|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| <b>7.</b> | <b>SNACK OM VARETEKT OG ISOLASJON: AKSEPT, SAMARBEID OG KONFLIKT</b>   | <b>87</b>  |
| 7.1       | MEDISINSKE VURDERINGER OG ERFARINGER MED ISOLASJON AV DOMFELTE .....   | 87         |
| 7.2       | MEDISINSKE VURDERINGER OG ERFARINGER MED ISOLASJON AV VARETEKTSFANGER .....  | 88         |
| 7.3       | ULIKE HOLDNINGER .....   | 89         |
| 7.4       | PRAKSIS ER DEN SAMME.....  | 91         |
| 7.5       | PRAKTISK ERFARING: DET GÅR BRA.....  | 91         |
| 7.6       | SYN PÅ EGEN ROLLE, MANDAT OG HANDLINGSROM OVERFOR FENGSELET .....  | 94         |
| 7.7       | FREMSTILLING SOM PROBLEM FOR ALLE. ET EKSEMPEL PÅ KONFLIKTHÅNDTERING. ....   | 100        |
| 7.8       | KRITIKK OG UTENFORSKAP: KRITIKK UTENFOR, SAMARBEID INNENFOR? .....   | 101        |
| 7.9       | KONFLIKT I NORSKE FENGSLER .....   | 104        |
| 7.10      | ET UVANLIG TILFELLE: KONFLIKTEN I TROMSØ FENGSEL .....   | 105        |
| 7.11      | GJENKLANG FRA INFORMANTENES ERFARINGER .....   | 106        |
| 7.12      | LEGEETISKE REFLEKSJONER OG KONFLIKT OM MENNESKERETTIGHETER: NOE FOR<br>"DE ANDRE"? BLIKKET RETTES UTOVER PÅ ALLE NIVÅER..... | 108        |
| <b>8.</b> | <b>AVSLUTTENDE KOMMENTARER .....</b>   | <b>111</b> |
| 8.1       | OPPGAVENS HOVEDFUNN .....  | 111        |
| 8.2       | NOEN KOMMENTARER TIL ANALYSEN .....  | 114        |
| 8.3       | NOEN KOMMENTARER TIL METODEN.....  | 115        |
| 8.4       | PÅ FEIL STED TIL FEIL TID? Å SKRIVE OM ET FELT I BEVEGELSE .....   | 116        |
| 8.5       | "INSTITUTIONAL CAPTURE" AV EGET PROSJEKT? .....  | 117        |
|           | <b>KILDELISTE 1.....</b>   | <b>119</b> |
|           | <b>KILDELISTE 2.....</b>   | <b>127</b> |
|           | <b>VEDLEGG .....</b>   | <b>131</b> |



# 1. Innledning

## 1.1 Tema og problemstilling

Denne oppgaven handler om møter mellom helbred og straff i norske fengsler, sett fra fengselslegens ståsted. Fengselslegers arbeid foregår innen spesielle rammer. Pasientene holdes i en strengt regulert bevoktningsinstitusjon som legene ikke kan kontrollere. Pasientene kan være mistenkt eller dømt for handlinger som vekker avsky og forferdelse, men har alle krav på helsetjenester likeverdig tilbudet resten av befolkningen har. Straffen skal være frihetsberøvelse, og dårligere helse eller helsetilbud skal ikke være en del av den. Et opphold i fengsel kan bety en forbedring av helsa for fangene, som i snitt er sykere enn resten av befolkningen. Men aspekter ved å sitte i fengsel er også tidvis årsak til lidelse<sup>1</sup>. Særlig kan ulike former for isolasjon gi negative helsemessige konsekvenser.

I oppgaven undersøkes konkrete situasjoner der det oppstår en motsetning mellom fengselets straffe- og bevoktningsoppgaver og hensynet til fangenes helse. Ulike former for isolasjon av domfelte og varetektsfanger i Norge er valgt som hovedtema, med en antagelse om at praksisen kan sette motsetningen helbred/straff på spissen. Inspirert av institusjonell etnografi, ser jeg isolasjonen som en *institusjonell praksis*, og undersøker den fra ståstedet til fengselsleger som deltar i den. Særlig med utgangspunkt i legers konkrete erfaringer, og hva de vet om og i sitt arbeid, studeres fengselet som et kompleks av institusjonelle relasjoner som trer inn i og virker i legenes hverdag. Fra fengselslegers posisjon vil jeg belyse hvordan fengsel, isolasjon og varetekt gjøres i Norge.

Helsearbeideres arbeid og situasjon i norske fengsler er ikke et samfunnsvitenskapelig forskningsfelt. Derfor har jeg valgt å gjøre en empirinær studie med eksplorerende forskningsspørsmål: *Hvordan forholder legene seg til isolasjon i sitt arbeid? Hva kan deres erfaringer fortelle om hvordan møter mellom helbred og straff i norske fengsler fortoner seg og løses generelt? Og på hvilken måte står legenes arbeid i relasjon til makt og institusjonell styring?* Et spørsmål som har utviklet seg underveis i studien, og som

---

<sup>1</sup> Skillet mellom lidelse, pine, plager og sykdom er uklart, både i språket og slik det kan oppleves – betydningene glir over i hverandre. I oppgaven behandler jeg også slike uklare grenser mellom lidelse og sykdom. Men innen norsk kriminologisk litteratur, konstateres det som en kjensgjerning at straffen er en bevisst påføring av pine. De som straffes, *skal* lide. Det ligger i kjernegrunnlaget for ordningen (Christie 1982, Mathiesen 1995 og Hauge 1996). Spesifikk forskning på fangebefolkningens helse og isolasjon omtales nærmere i kapittel 3.

den samlet gir et bilde av, er *hvorfor det er så stille rundt temaet isolasjon og varetekt der mennesker arbeider med fengselshelse på ulike hierarkiske institusjonelle nivåer.*

## 1.2 Forforståelse og bakgrunn for valg av tema

Norsk bruk av varetekt og isolasjon er omdiskutert, og varetektsisolasjon har møtt gjentatt kritikk fra FNs og Europarådets torturkomiteer siden begynnelsen av 1990-tallet. Kritikken hviler på kjente helsemessige skadevirkninger av isolasjon, og har gjennom årene kommet fra mange hold. Jeg er interessert i denne debatten. Den har også gjort meg nysgjerrig på *helsearbeideres* rolle i fengselet: Hvordan skal fengselshelsearbeidere ta vare på helsa til fanger om selve fengslingen gjør dem syke? Hvordan opplever de situasjonen?

Fire fengselsleger skrev i 1986 til Rådet for legeetikk om det ukentlige tilsynet med isolerte de den gang var pålagt:

I vår hverdag opplever vi denne del av arbeidet som vond. Det bringer oss opp i samvittighetskvaler hvor vi føler at vi ved vår legegjerning blir delaktige og medansvarlige for en inhuman behandling av mennesker.<sup>2</sup>

I brevet hevdet de at legen ved å delta i den jevnlige kontrollfunksjonen vil ”være med på å gi isolasjonen et skinn av humanitet og han vil kunne oppfattes som garantist for at skadevirkninger ikke skal utvikle seg” (Rådet for legeetikk 1987:85). Legene oppfattet skadevirkningene er faglig umulig å vurdere i det enkelte tilfelle, og at isolasjon generelt er skadelig. Rådet for legeetikk besluttet at ”det rent legeetisk vil være korrekt ikke å delta i det rutinemessige tilsyn av isolerte og derved gi medisinsk forhåndsklarering av isolasjonen ...” (*ibid.*). Tilsynet skulle skje på anmodning fra ”innsatt eller tjenestemann” (*ibid.*). Helsedirektoratet sa seg enig, men Justisdepartementet opprettholdt bestemmelsene for praksisen i februar 1987 (Helsedirektoratet 1987:46). Bakgrunnen for planleggingen av masteroppgaven var denne saken, som jeg oppdaget under arbeidet med en mindre bacheloroppgave på sosiologi om legeetikk i fengsler i 2003. Den gang ble jeg overrasket da jeg fant ut at temaet siden ikke hadde vært debattert i Legeforeningens organer. Jeg ble nysgjerrig på hvordan det hele foregår i dag.

Forskningsspørsmålene jeg startet med er et resultat av min sammensatte forforståelse av temaet. Med bakgrunn i kjennskap til debatten rundt norsk isolasjonspraksis,

---

<sup>2</sup> Gjengitt i Rådet for legeetikk (1987).

antok jeg at denne ville oppleves som vanskelig av leger. Helsepersonell er jo opplært til å behandle sykdom og årsak til sykdom (Gamman 2001). Internasjonal kritikk av norsk menneskerettighetspraksis kommer ikke hver dag. Derfor antok jeg også at temaet ville være spennende og gi "høy temperatur". Jeg håpet på sterke meninger, både hos myndigheter og blant helsearbeidere. Jeg så isolasjon som et godt og praktisk utgangspunkt for samtaler om legeetikk og dilemmaer i fengselet, uten at jeg selv hadde fasiten på hva som er legeetisk og medisinskfaglig korrekt. Samtidig hadde jeg mine sosiologiske forventninger til legeprofesjonen: en godt organisert, ressurssterk og høyt utdannet yrkesgruppe, med høy sosial status. Forventninger til legeetikken stammer fra Freidsons (1970) profesjonssosiologiske syn: Mot andre yrkesgrupper har legeprofesjonen fått retten til selv å kontrollere og regulere medlemmenes profesjonsutøvelse og forvaltning av vitenskapelig kunnskap og etiske retningslinjer. Jeg visste fra før at Legeforeningen, som legeprofesjonens organiserte uttrykk, tar stilling til hvordan leger som gruppe skal utøve legegjerningen. Legeforeningen er også en aktør i helsepolitiske debatter. Hvordan den abstrakte størrelsen profesjonsetikk *gjøres*, burde kunne undersøkes i organisasjonens praksis. Legeforeningens relasjon til enkeltposisjoner av yrkesutøvere, og forholdet mellom abstrakte diskurser og konkret, situert praksis, er derimot et empirisk spørsmål for oppgaven. Inne i fengslene skal fengselslegene ivareta pasientenes interesser, som en involvert part uten straffe- eller bevoktningsoppgaver. Tanken om at det her kunne oppstå et motsetningsforhold mellom straff og helse, særlig når det kommer til isolasjon, har sitt utgangspunkt i min samlede oppfatning av fengsler, fangebefolkningen og legeprofesjonen. Som vi skal se utover i oppgaven, er en slik forventning til prinsipielle og praktiske motsetninger utbredt. Hvordan dette fortoner seg for leger, er igjen et empirisk spørsmål for oppgaven.

Over skriver jeg om forforståelsen i fortidsform, slik den *var*. Forforståelsen ga meg bestemte forskningsspørsmål, men jeg måtte endre flere av dem. Noen viktige funn er basert på nettopp *brudd* med forforståelsen. Det var ikke slik jeg trodde. Samtidig står noe av forforståelsen styrket tilbake etter undersøkelsen.

### 1.3 Oppgavens samfunnsmessige og sosiologiske relevans

Snart er det gått 23 år siden de fire fengselslegene beskrev sine samvittighetskvaler rundt sin rolle overfor isolerte. Har temaet fortsatt relevans i dag? Dette er blitt et av spørsmålene for oppgaven. Følger en litt med i mediene, eller gjør søk på internett, kommer en fra tid til

annen over saker som tilsier at isolasjon er relevant i samtiden – både for offentligheten og berørte leger, og for de isolerte selv.

Problemområdet for denne oppgaven kan sees som betydningsfullt for det norske samfunnet i et menneskerettighetsperspektiv, og som et delbilde av Norges forhold til internasjonale organisasjoner og konvensjoner. Forutsetninger for helsearbeid overfor personer som ikke fritt kan bruke helsetjenester på linje med ikke-fengslede, er relevant i et rettferdighetsperspektiv. Legenes innvirkning og muligheter er relevant for profesjonen selv.

Det er sosiologisk interessant å undersøke legers arbeid i et bestemt krysspress, der ulike institusjonelle krav (helbred/kontroll) står i et motsetningsforhold. Her vil en kunne se på forholdet mellom aktører og en stramt regulert institusjon, og hvordan byråkratier og profesjonelle diskurser og praksiser opprettholdes eller motarbeides. Oppgaven berører grunnleggende og klassiske sosiologiske spørsmål om aktørers muligheter og begrensninger, og forhold til større strukturer.

## 1.4 Oppbygning av oppgaven

Det overordnede målet med denne oppgaven er todelt: Det ene er å få svar på forskningsspørsmålene gjennom en kvalitativ studie. Denne skal gi kunnskap om legenes arbeid gjennom rike etnografiske beskrivelser, og gripe på hvilken måte arbeidet er koordinert gjennom fokus på institusjonelle styringsprosesser. Det andre målet er å prøve ut den sosiologiske tilnærmingen institusjonell etnografi. Jeg vil i neste kapittel redegjøre for dette perspektivet, og hvilke overordnede og spesifikke konsekvenser det gir forskningsdesignet. Strukturen på oppgaven er et resultat av måter institusjonell etnografi har fått meg til å undersøke og forstå både forskningsprosessen og funnene. De resterende kapitlene er delt i to deler, etter perspektivet de er skrevet fra og datamaterialet de baserer seg på.

Den første delen gir et bilde av rammer for fengselslegenes arbeid sett ”utenfra”, særlig gjennom en rekke ulike typer tekster. Her gir kapitlet ”3. Tekstenes landskap” noen begrepsavklaringer, et bakteppe av informasjon om institusjonell praksis, samt forskning på helsemessige forhold hos fengselslegenes pasienter. Kapitlet ”4. Stillheten der oppe” er et første analysekapittel, og omhandler viktige tekster og kunnskapsmessig organisering hos norske helsemyndigheter og i Legeforeningen. Her drøftes deres forståelser av og arbeid med fengselshelseproblematikk og isolasjon.

Den andre delen er en beskrivelse av landskapet rundt legene sett ”nedenfra” – altså fra der de er. I kapittel 5 ses fengselslegen som en **posisjon** i en institusjonell praksis, og kapitlet handler om hvilken institusjonell – eller relasjonell – kontekst legenes arbeid foregår i. Denne forteller mye om deres muligheter og begrensninger, forutsetninger for og styring av arbeidet. Kapittel 6 beskriver legenes **praksis**. Her undersøkes hva legene gjør og hva arbeidet deres innebærer, særlig med interesse for hvordan varetekt og isolasjon her gjøres synlig for dem gjennom prosedyrer, tekster, rutiner og kollegers arbeid. Kapittel 7 handler om hvordan legene **prater** om det de gjør og institusjonen de arbeider i. Her kommer det fram hvor legen plasserer seg selv og fengselshelsetjenesten i møtet mellom helbred og straff. Hvor og hvordan grensene tegnes opp, er sentral for forståelsen av hvordan ”det hele foregår”. Kapittel 8 er et avslutningskapittel, der jeg oppsummerer funnene i oppgaven. I tillegg drøftes noen aspekter ved analysen og metoden, endringer i feltet, og hvorvidt undersøkelsen kan ha påvirket det.

## 2. Teori og framgangsmåte

To forhold har vært særlig bestemmende for valg av teori og forskningsdesign. For det første finnes det knapt noen tidligere samfunnsvitenskapelig forskning på helsearbeideres virksomhet i fengsel i Norge eller Skandinavia. Dermed eksisterer det verken data som kan fortolkes på nytt, eller sosiologiske beskrivelser og forklaringer som kan testes eller drøftes direkte opp mot mitt interesseområde. Dette er en viktig grunn til at jeg har valgt å gjøre en eksplorerende, empirinær studie, der kvalitative data i ulike former analyseres.

Det andre forholdet som har bestemt valg av teori og framgangsmetode, er at jeg ønsket å prøve ut teoretiske begreper og metodiske grep fra institusjonell etnografi, slik Dorothy E. Smith har formulert den. Smith setter ord på en ambivalens jeg lenge hadde hatt overfor faget mitt, å lese hennes sosiologikritikk var en motiverende lettelse tidlig på masterstudiet. Jeg hadde lyst til å teste om institusjonell etnografi kunne være fruktbar i praksis – så langt det tjente forskningsspørsmålene. Masteroppgaven er derfor både en undersøkelse av substansielle forhold, og samtidig en utprøving av en sosiologisk tilnærming som til nå er lite brukt i norsk sosiologi.

### 2.1 Teoretisk rammeverk: Institusjonell etnografi

Sosiologen Dorothy E. Smiths vitenskapsteoretiske og metodologiske prosjekt, institusjonell etnografi, danner altså den teoretiske rammen rundt min tenkning i planleggingen og gjennomføringen av dette masterprosjektet.

Institusjonell etnografi (heretter omtalt som IE) er et svar på kritikk av måter å gjøre samfunnsvitenskap og sosiologi på. IE må forstås både som en sosiologisk teori om det sosiale (ontologi), en beskrivelse av hva sosiologen kan forstå av det sosiale (epistemologi) og som forslag til hvordan sosiologen kan gå fram for å undersøke det sosiale (metodologi/metodelære). Selv om retningen hviler på sosiologikritiske begrunnelser, har den klare røtter i faget<sup>3</sup>. IE er et sosiologisk prosjekt som søker å bidra til å gjøre sosiologien ”mer sosiologisk” gjennom en tydeliggjøring av hva faget gjør og kan gjøre. I dette kapitlet

---

<sup>3</sup> Institusjonell etnografi kombinerer innsikt fra feministisk bevisstgjøringspraksis, Karl Marx og Friedrich Engels’ materialistiske metode og Harold Garfinkels etnometodologi, samt dialogiske perspektiver hos George Herbert Mead og Mikhail Bakhtin, ifølge Smith selv (1999:232, 2005:50). Foucaults diskursbegrep, poststrukturalistiske perspektiver på tekst, samt feministisk teori, står også sentralt.



fokuserer jeg på sider ved Smiths perspektiver som utgjør en forskjell, og bortprioriterer dermed drøfting av likheter med annen sosiologisk tenkning<sup>4</sup>.

Ved å bruke dette perspektivet, tar en konsekvensen av Smiths sosiologikritikk og skaper seg noen retninger for arbeidet. Selv om det innebærer en bestemt måte å gjøre sosiologi på, kan IE vanskelig sies å være en egen metode. Retningen representerer verken nye eller ukjente arbeidsformer for sosiologer. Den tilbyr heller et sett med begreper og konseptuelle redskaper som orienterer blikket til forskeren, uavhengig om hun eller han velger å gjøre deltakende observasjon, tekstanalyse, intervju osv.

I første del av dette kapitlet vil jeg kort legge fram den vitenskapsteoretiske og sosiologikritiske begrunnelsen for perspektivet, og videre heller fokusere på hovedtrekkene i det metateoretiske forslaget Smith presenterer for hvordan sosiologisk forskning kan gjøres, og dets konsekvenser for mitt forskningsdesign.

### 2.1.1 Dorothy E. Smiths kritikk av styringsperspektiver i sosiologien

Smiths problematisering av de sosiologiske tradisjonene sprang ut av at hun ikke fikk de sosiologiske beskrivelsene av samfunnet og de sosiologiske begrepene til å henge sammen med *livet* de skulle fange. ”*Hvilken* virkelighet gjør ’man’ sosiologi av og *hvordan* gjør ’man’ det?” (Widerberg 1995a:134, 1995b:9). Smith argumenter for at sosiologien skrives *om noe, for noen* – fordi den skrives *av noen i en bestemt (kjønns- og klasse-) posisjon* (Smith 1987). Fra kontorene på universitetet der menn har skrevet sosiologiske tekster, har hverdagslivet framstått som evinnelige trivialiteter – og dermed noe som ikke er interessant sosiologisk (*ibid.*). ”Det er bare fra denne posisjonen samfunnet kan beskrives og begrepsliggjøres på den måten sosiologene har gjort.” (Widerberg 1995a:135).

Smith har gjennom mange år forsøkt å besvare spørsmålene ved å undersøke måten sosiologi gjøres og skrives<sup>5</sup>. Hun ser på selve kunnskapsproduksjonen, og undersøker hvilke

---

<sup>4</sup> Denne oppgaven er ”empiritung”. Men perspektivet jeg har benyttet meg av, er høyst teoretisk – også i sin skepsis mot teoretiserende sosiologi. Jeg har måttet begrense drøfting av institusjonell etnografi opp mot annen sosiologisk teori kraftig, av hensyn til oppgavens størrelse og formål. Dessverre, fordi det finnes gode grunner til å presentere og diskutere Smiths sosiologi grundigere enn om jeg hadde tatt i bruk teoretikere som er sterkere representert i nåtidens norske sosiologiske kanon.

<sup>5</sup> Å skrive samfunnsvitenskapelige tekster er i seg selv en sosial handling, som Smith behandler sosiologisk – og med en vedvarende interesse. Smith er på ingen måte alene om et slik kunnskapssosiologisk perspektiv på vitenskapelig kunnskapsproduksjon. Mange av hennes kritiske innvendinger mot skolestisk kunnskap deler hun særlig med den franske sosiologen Pierre Bourdieu (se for eksempel Bourdieu 1990, 1999). Begge insisterer blant annet på at forskerens posisjon også skal underlegges kritisk analyse og forstås som en posisjon som står i en bestemt relasjon til makt og styring. Det er

relasjoner de sosiologiske tradisjonene bygger på og reproducerer. De sosiologiske tekstene inngår nemlig i en bestemt relasjon til samfunnet og menneskene den beskriver, og til den som leser tekstene om dette samfunnet og menneskene der, på en helt bestemt måte. Hovedpoenget til Smith er at sosiologiske tekster skrives slik at de skaper ”posisjonsløse beskrivelser”, versjoner av verden der subjekter er forvist til ingensteds, slik at alle subjekter er like – og like fraværende (Smith 1999:54). Som om det finnes en posisjon utenfor samfunnet, som om det derfra er mulig å favne samfunnet i sin helhet, fra et fugleperspektiv – men uten fugl – dvs. et gudsblikk: Kapasiteten til å se alle aspekter på en gang, uten å ta et bestemt utkikkspunkt eller perspektiv på dem (Smith 1999:54-55). Leseren tilbys dette blikket på samfunnet i lesningen av de sosiologiske tekstene, som kan virke objektive og nøytrale.

Denne tekstlige praksisen i faget er organisert på en grunnleggende måte – etter sosiologiske konvensjoner etablert av sosiologiens grunnfedre (Smith 1999:54-59). Smith tar utgangspunkt i Emile Durkheims regler for sosiologisk metode<sup>6</sup>, for å vise hvordan det hun kaller ”konstituerende konvensjoner” (”constitutional conventions”) fortsatt styrer vanlige måter å skrive sosiologi på – trass i positivismekritikken av Durkheim og øvrige endringer innen sosiologien. Disse konvensjonene forsyner sosiologien med et sett av instruksjoner for å velge ut og forme begreper og kategorier, grammatiske former for å uttrykke relasjoner mellom dem, og metoder for representasjon (Smith 1999:59). Konvensjonene (reformulert av Smith 1999:59-62) gir sosiologi som resultatet når en følger disse trinnene:

**Subjekter fjernes. Sosiale fenomener (eller sosiale fakta) etableres som eksisterende uavhengig av faktiske individer.** Dette gjøres gjennom for eksempel nominaliseringer, altså at verb (ord for folks aktiviteter, følelser, snakk) gis substantivform: når noen slår andre – omtales det som familievold. Slik forsvinner *subjektene* som handler og snakker fra *representasjoner* av handling og snakk. Også *relasjonen* mellom de handlende, handlingen og det/dem det handles overfor blir uklar. En liknende måte er konstruksjon av begreper hvor subjektive tilstander gjøres om til selvstendige enheter (uavhengig av aktøren), som holdning, motivasjon og verdi.

**Aktørstatus overføres fra subjekter til sosiale fenomener.** Dette følger av at nominaliserte sosiale fenomener er konstruert. Sosiologiske enheter som ”motivasjon” eller

---

ikke blitt plass til drøftelser av fellestrekkene og skillene mellom Smith og Bourdieu. Jeg nevner det her, fordi kjennere av sistnevnte antakelig vil se paralleller selv.

<sup>6</sup> Fra Durkheims ”The Rules of Sociological Method” (1964), i Smith 1999.

”verdier” blir agenter i teksten, og er det som problematiseres (i stedet for individet og hennes relasjoner).

**Det sosiologiske atskilles fra det faktiske** gjennom disse trinnene. På ulike måter privilegerer slike teoretiske manøvre tekstlig konstruerte realiteter til sosiologiske forskningsobjekter. Hypoteser utledes fra og testes mot teorier, begreper og kategorier, og ikke fra virkeligheten. Ved å privilegere diskursens orden framfor den faktiske orden, gjøres det faktiske om til uttrykk for det diskursive. En avstand mellom det diskursive og det faktiske er skapt, og det siste er underordnet det første.

**Rekonstruering av subjekter.** Subjektene tas altså først ut, deretter teoretiseres det, og til slutt plasseres subjektene inn i teksten som pseudo-subjekter, som kan tillegges objektiverte egenskaper og kjennetegn, og fungere som illustrasjoner på de teoretiske argumentene. Slik skapes subjekter som bærere av våre fortolkninger – som om fortolkningene var deres.

Smith kaller prosedyren for *objektivering*<sup>7</sup>. Praksisen gir beskrivelser av folks liv, men uttrykt i termer som ikke er deres egne, og fra et ståsted som skjuler dens posisjon i styringsrelasjonene<sup>8</sup> ved å framstå som om den ikke har noen (Smith 1999:62).

### 2.1.2 Motstrategien: En framgangsmåte for å utforske det sosiale

Objektiveringen skjer ”automatisk” – gjennom selve måten vi har lært å gjøre sosiologi på. Derfor blir Smiths motsvar til ”mainstream” sosiologi en *metodisk* resept for å utforske og skrive det sosiale, der fokuset rettes mot faktiske aktiviteter hos faktiske personer. Smith har gått fra å beskrive framgangsmåten som ”a method of inquiry”, til å formulere en form for sosiologisk forskningsprogram: institusjonell etnografi<sup>9</sup>.

Med IE søker Smith å skape et alternativ til en objektiverende sosialvitenskapelig diskurs, målet er å ”reorganize the social relations of knowledge of the social” (Smith 2005:10, 29). Prosjektet tar utgangspunkt i at sosiologien Smith kritiserer mister særlig to

---

<sup>7</sup> Objektiveringens redskaper og framgangsmåte finner Smith ved å undersøke sosiologiske tekster, men det er et poeng at hun også finner igjen de samme redskapene i bruk i produksjonen av tekster i andre deler av samfunnet. Institusjonell etnografisk forskning finner objektiveringens logikk og framgangsmåter i produksjonen av tekster for eksempel om brukere av sosiale tjenester, pasienter i psykiatrien eller i rettsvesenets kjeder av tekster som frakopler individer og erfaringer fra teksten. Forståelsen av styringsperspektivet i sosiologiske tekster, kan altså brukes til å gjenkjenne styringsperspektiver i andre tekster i samfunnet også.

<sup>8</sup> Begrepet forklares nærmere i neste delkapittel.

<sup>9</sup> Programmet er utviklet i Smith 2001, mens boka ”Institutional Ethnography. A Sociology for People” (2005) er viet helt og holdent til å redegjøre for denne sosiologien.

viktige forhold: Det ene er at teoristyrte sosiologi – gjennom måten å jobbe på – ikke griper hvordan ting *gjøres* i samfunnet. Den fanger opp det som er begrepsbestemt på forhånd. Slik blir ikke bare lokale posisjoner, perspektiver og erfaringer underordnet, men også usynliggjort (Widerberg 1995b:9). Det andre er at den ikke griper hvordan makt og styringsrelasjoner kommer inn og *gjør noe* med folks virksomhet.

Den overordnede ambisjonen for Smiths alternative program er derfor av dobbel karakter:

a) Det **etnografiske** målet er å gi rike etnografiske beskrivelser av folks aktiviteter og relasjoner, for å synliggjøre hvordan ting *gjøres*. Faktiske personers konkrete og situerte erfaringer er et ståsted for å undersøke samfunnet.

b) Det **institusjonelle** målet er å kartlegge og synliggjøre hvordan denne aktiviteten er koordinert og koplet opp til makt og styring, slik den trer inn i og former folks hverdagsaktiviteter der de er.

IE er altså ikke en naiv synliggjøring av ”de forsømte erfaringene”, men en måte *både* å løfte fram verdifull informasjon om levd liv, *og* vise hva makt *gjør* med våre virksomheter. Slik vil Smith bygge kunnskap og metoder for å *oppdage* institusjonelle ordninger, og mer generelt, *styringsrelasjonene* i moderne vestlige samfunn, som også er nyttige for menneskene sosiologien studerer. IE er ikke en form for intuitiv eller selvkritisk sosiologi – Smith beskriver konkrete framgangsmåter for å nå ambisjonen.

### 2.1.3 Ontologisk grunnlag: Aktiviteter koordinert i og av sosiale relasjoner

Smith poengterer at det kreves en teoretisk spesifisering for å guide etnografens blikk (Smith 2005:208-209). Hun kaller denne spesifiseringen for en ontologi, for å understreke at det vi søker å oppdage ”really happens or is happening” (Smith 2005:209). Ontologien – grunnlaget for å gjøre sosiale relasjoner til sosiologiens forskningsobjekt – forstår det sosiale (samfunnet) som folks pågående aktiviteter under bestemte materielle forhold og ”hvordan aktiviteter koordineres”<sup>10</sup> (Smith 2005:49-71).

Smith er særlig ute etter å fange hvordan disse aktivitetene er knyttet til det Smith kaller ”ruling relations”<sup>11</sup>, en styringsform som kjennetegner moderne samfunn:

---

<sup>10</sup> Denne ontologien deler hun med fenomenologer, symbolske interaksjonister og etnometodologer (DeVault & McCoy 2006:17).

<sup>11</sup> Heretter som oftest oversatt til ”styringsrelasjoner”.

That extraordinary yet ordinary complex of relations that are textually mediated, that connect us across space and time and organize our everyday lives – the corporations, government bureaucracies, academic and professional discourses, mass media, and the complex of relations that interconnect them.“ (Smith 2005:10).<sup>12</sup>

Tekstene, som Smith omtaler her, konstituerer og regulerer virksomhet, og har tekstuelt spesifiserte kapasiteter til å kontrollere og mobilisere andres arbeid (Smith 2005:183). Smith forstår institusjoner som ”funksjonelle komplekser” innenfor styringsrelasjonene som er organisert rundt distinkte formål (men ikke helt atskilt fra hverandre) som utdanningsvesen, helsevesen og fengselsvesen (Smith 2005:225)<sup>13</sup>. Institusjonene er intertekstuelt hierarkiske; tekstene på høyere nivåer fungerer som diskursive prosedyrer for skriving og tolkning av tekster på lavere nivåer (Smith 2005:227).

## 2.2 Overordnede implikasjoner for et forskningsopplegg

Med utgangspunkt i hva folk gjør, eller hva de kan fortelle om hva de eller andre gjør, vil Smith finne ut hvordan formene for koordinering av deres aktiviteter ”produserer” institusjonelle prosesser (Smith 2005:60). Forskning med denne ambisjonen møter på noen problemer som må løses. Det dreier seg særlig om hindre for å gripe og beskrive levd liv med språket, og strategier for å møte disse i en språklig situasjon (for eksempel forskningsintervjuet). Her vil jeg belyse noen slike problemer, og drøfte løsningsmulighetene ut fra noen konseptuelle redskaper som tilbys innenfor IE – tidvis eksemplifisert med eget prosjekt. Jeg vil også redegjøre for retningens syn på erfaring og tekst som datamateriale, før jeg til slutt i denne delen tegner opp noen konsekvenser et slikt forskningsopplegg har for kvalitativ forskning generelt.

---

<sup>12</sup> Merk at beskrivelsen ikke utelukker andre forhold som virker inn på folks aktiviteter, som for eksempel økonomiske ressurser på en helseavdeling. Samtidig kan økonomi, både i konkret og vid forstand, også studeres som institusjonell praksis med dette perspektivet.

<sup>13</sup> Dette er et perspektiv på ”institusjon” som skiller seg fra utbredte assosiasjoner til ordet, for eksempel definert etter en fysikalitet, altså organisert aktivitet innen visse konkrete fysiske rammer (sykehus, barnehjem, fengsel). Eller et sosiologisk syn på ”familien” som en varig og sosialt konstruert institusjon. Smith ser ikke institusjon som noe enhetlig eller avgrenset. For eksempel foregår utdanning i mange ulike kontekster (fra departementers skriv og OECD-prosjekter for kvalitetssikring til formingstimen og friminuttene), og selve skolen i nabolaget kan vanskelig forstås uten å ha med for eksempel den nødvendige innsatsen til foreldrene for at barna skal få deltatt (og evt. strukturelle forhold utenfor skolen som gjør det lett eller vanskelig for ulike foreldre å sikre mat, leksehjelp, vekking, turpenger osv.).

## 2.2.1 Institusjonen i språket – språket i institusjonen

Informantens erfaringer er hovedressursen i det etnografiske arbeidet, og det jeg har vært ute etter i intervjusamtalene. Det paradoksale problemet som må løses, er at språket under intervjuet på en og samme tid både er en formidler av erfaring, og noe som kan stå i veien for å fange erfaringen.

En tekst som beskriver en arbeidsdag<sup>14</sup> vil naturligvis aldri kunne favne alt som foregår. Sosiologiske beskrivelser av virkeligheten vil og må alltid innebære forenklinger av levd liv. Men sosiologiske begreper, som ofte opptrer som abstraksjoner, metaforer eller analytiske størrelser, kan til og med underkjenne eller tilsløre hva som faktisk foregår. Hvilken del av legenes faktiske arbeidsdag forstår en gjennom begreper som autonomi, autoritet og profesjonsetikk? Hva foregår, hva innebærer disse størrelsene, hvordan gjøres de i praksis? La meg presisere at påstanden ikke er at slike begreper eller abstraksjoner ikke er meningsfulle og nyttige<sup>15</sup>. Poenget er at det sosiologiske begrepsapparatet ikke alltid er selvforklarende, enda sosiologer til og med kan bli så vant til dem at vi tror de er det. Et annet, kanskje viktigere poeng, er: Erfaringer som ikke er diskursivt anerkjent blir borte for den som undersøker dem nettopp gjennom språket (i for eksempel intervjuer). Smith forteller at dette også er et problem for forskere som gjør IE; språket mangler uttrykksformer for en del erfaring (Smith 2005:153).

Påstanden til Smith er at begreper (både sosiologiske og andre diskursers begreper) kan være ”erfaringstomme” eller lite selvforklarende. Dette aspektet ved språk ligger også til grunn for forskningsopplegget og intervjustrategiene bak denne undersøkelsen av institusjonell praksis. For institusjonens språk kan dekke over den samme praksisen en vil avdekke og beskrive. Det Smith kaller institusjonell diskurs (Smith 2005), er en måte å snakke om virksomhet på, der erfaring underordnes diskurs – også i intervjuer. DeVault & McCoy skriver at det i intervjuer vil ”være vanlig, og forståelig, at folk i en bestemt institusjonell ramme beskriver arbeidet sitt med institusjonens språk. Særlig gjelder dette personer som har lært en profesjonell diskurs som en del av utdanningen sin” (DeVault & McCoy 2006:37, min oversettelse).

---

<sup>14</sup> Deler av kapittel 6 i denne oppgaven er en slik tekst.

<sup>15</sup> Begreper som for eksempel ”klasse, ”kjønn” og ”sosial struktur” er analytiske språklige størrelser som er uunnværlige for sosiologer. Mange av de viktigste metodiske redskapene i institusjonell etnografi er også slike språklige konstruksjoner. Det Smith gjør, er å reise spørsmål ved *hvordan* snarere enn *at* slike begreper brukes.

Det største problemet med det institusjonelle språket i intervjusituasjonen er at det kan stå i veien for målet med intervjuet: Å gjøre det folk kan eller vet om og i deres arbeid, og hvordan det er koordinert med andres, etnografisk tilgjengelig. Når dette skjer, kalles det innen IE "institutional capture" (Smith 2005:155-157). Det oppstår lett der både informanten og intervjueren er kjent med den institusjonelle diskursen og vet hvordan man snakker den. Det er som om samtalen fanges i en institusjonell styringsdiskurs – og ofte uten at forskeren merker det før hun transkriberer intervjuet og oppdager at informantens redegjørelser foregår i institusjonelle termer som er "deskriptivt tomme" (Smith 2005:156). Utfordringen også i min undersøkelse blir å komme "bak" språket eller diskursen, for å forstå hva som foregår når legen "behandler pasienten". Hva innebærer "å ivareta" eller "følge opp" fangen? Hvordan arter det seg konkret?

### 2.2.2 Formålet med intervjuene: "Work knowledge" som intervjudata

Intervjuene i denne undersøkelsen er planlagt og gjennomført med mål om å gripe det legene *vet om og i arbeidet sitt*, og hvordan dette er implisitt eller eksplisitt koordinert med andres arbeid. Datamaterialet man får ved å spørre på denne måten, kaller Smith "work knowledge" (Smith 2005). "Work knowledge" er et svar på de språklige utfordringene i intervjusituasjonen som er beskrevet ovenfor. Med begrepet forstås "arbeid" i en videre forstand enn lønnsarbeid: Det folk gjør som krever tid og innsats, intensjoner og planlegging (Smith 2005:151-152, 229). Å produsere "work knowledge" gjennom intervjuene, er en måte å lære eller oppdage noe nytt, og komme "bak" den institusjonelle styringsdiskursen. "Work knowledge"-spørsmål gir "gjøre-data", og lages med formål om at informanten skal begrepsfeste aktiviteter – også aktiviteter som underordnes eller usynliggjøres diskursivt. Her ligger også en kime til kritiske spørsmål: "Hvorfor er ikke dette representert i diskursen?"

Mye av kunnskapen vår er praktisk, og har en annen karakter enn den teoretiske kunnskapen. Kliniske beslutninger tas også med en viss "automatikk", vanemessig, uten at helsearbeiderne på en eksplisitt måte tenker over hvordan de legitimerer dem (ifølge Berg 1992 i Lian 2003:141). "Work knowledge" som metodologisk grep, gir en mulighet til å få etnografisk tilgjengelige beskrivelser av faktiske forhold og erfaringer, uten at det praktiske og det teoretiske atskilles. Å behandle begreper, teorier, avveininger og andre former for tenkning som folks faktiske aktiviteter, er også en måte den institusjonelle etnografen omgår det tradisjonelle skillet mellom teori og praksis (etter Widerberg 2007:18).

### 2.2.3 Erfaring som datamateriale

Informantene i min undersøkelse har kunnskap om hva som gjøres av helsearbeid i et fengsel, fordi han eller hun deltar selv – informanten vet hva hun gjør, og hun kan fortelle det til meg. Dette er utgangspunktet for intervjuene, men hva får forskeren egentlig vite i et kvalitativt forskningsintervju? Er det informanten forteller sant i forhold det han selv vet at han gjør? Om så det er sant, kan forskeren stole på informantens oppfatninger av virkeligheten?

Å forbinde fortellinger om praksis med hva informantene faktisk gjør, er et grunnlagsproblem som gjelder så vel kvantitativ som kvalitativ forskning. Som andre positivismekritiske sosiologer, avfinner Smith seg med at forskeren aldri kan "få tak i" en fullstendig sannhet om hva informanten faktisk gjør. Erfaringsutsagn kan ikke oversettes til det faktiske av mange grunner (Smith 2005:124-125). For eksempel forutsetter erfaring diskurs – en opplevelse blir til forskjellige erfaringer som en følge av forskjellige diskurser (Scott 1992). Erfaringer er alltid ideologisk eller teoretisk mediert (Smith 2005:125).

Den institusjonelle etnografen velger i stedet å undersøke hvordan det sosiale organiseres og forstås gjennom hvordan folk snakker om hva de gjør. Hun eller han tolker ikke på tvers av informantene, eller tillegger dem verdier de ikke selv hevder<sup>16</sup>. Informantens erfaring er autorativ (Smith 2005:160). Forskeren stoler på folks egen vanligvis gode kunnskap om sine aktiviteter, for sammen med dem å begrepsfeste og produsere beskrivelser av og forklaringer på hva de vet i kraft av hva de gjør (Smith 2005:210). I denne undersøkelsen sees ikke legenes erfaringer som "subjektive", men situerte. Forskningen gir ikke "objektivt" (over)blikk på samfunnet, men tar sitt utsiktspunkt fra et bestemt ståsted – i dette tilfellet fengselslegenes – og er åpen om det. Dette betyr ikke at det rekkes å snakke med én person. Med IE søker en å finne mønstre som trer fram ut fra historiene til flere personer.

Denne håndteringen av erfaring er ikke det samme som å gjengi informantenes virkelighet, og på den måten redusere seg selv til informantenes talerør (Prieur 2002:148). Men det innebærer heller ikke et brudd med hverdagserfaringen og aktørens selvforståelse. Erfaringen er ikke målet med undersøkelsen og der den stanser, men der den starter eller "står og ser". Derfra utvider forskeren det som er synlig fra folks lokale steder, og tegner et

---

<sup>16</sup> Dette er i tråd med – kanskje til og med noe mer radikalt enn – forskningsetikkens punkt 18 om hensynet til, og respekten for, informantens verdier og handlingsmønstre (i NESH 2006).



bilde eller et kart<sup>17</sup> som synliggjør koplinger og styring som folk kanskje ikke ser. Slik fokuserer forskeren på hvordan det lokale er forbundet med det institusjonelle, slik jeg har studert hvordan fengselslegers situerte erfaringer og arbeid er koplet til institusjonelle ordninger.

## 2.2.4 Tekst som datamateriale

Smith har med tiden, og i stadig større grad, argumentert for å inkludere tekst som materiale i sosiologiske studier. Hovedgrunnen er at dette gjør styringsrelasjonene etnografisk tilgjengelige, nettopp fordi disse hovedsakelig er mediert gjennom tekst i moderne samfunn. Tekst spiller altså en nøkkelrolle i organiseringen av makt, og er essensielle for hvordan institusjoner og organisasjoner eksisterer (Smith 2001). Tekster er også sentrale i denne studien.

Tekstene kan gis en nøkkelrolle fordi de har visse egenskaper som fungerer standardiserende og medierende, særlig når det kommer til koordinering i storskalaorganisasjoner: de kan lagres, forflyttes, kopieres, trykkes i store mengder og distribueres vidt og bredt<sup>18</sup>. Dermed kan de aktiviseres av brukere til ulike tider og steder (DeVault & McCoy 2006:34). Dette har for sosiologien en grunnlagsteoretisk dimensjon i seg: Tekstene fungerer som et bindeledd mellom lokale aktiviteter og den translokale organiseringen av styring, og de kan undersøkes som empiriske koplinger (enten direkte eller som deler av handlingssekvenser) mellom mikroaktivitet og storskalastyring i moderne samfunn. Ved å innlemme tekst i materialet og se hva tekster gjør, utvides rekkevidden av undersøkelsen fra det som er lokalt observerbart for etnografen. Smith hevder ikke bare at tekstperspektivet tilbyr en mer *sosiologisk* tilnærming til tekst enn utallige former for diskursanalyse gjør, men at det også radikalt utvider etnografiens muligheter (Smith i Widerberg 2004:181).

Innenfor IE gis ikke tekstene forrang som realitet framfor den faktiske verden. Det er ikke tekstenes mening i seg, men tekstenes sosiale aspekter og hva de får folk til å gjøre, som først og fremst er interessant. Når individers handlinger inngår i handlingskjeder som knytter

---

<sup>17</sup> Kart-metaforen og hva den innebærer er tema under punktet "2.2.5 Konsekvenser for kvalitativ forskning".

<sup>18</sup> Tekst er her forstått som en type dokument eller materiell representasjon (trykte, elektroniske eller som på andre måter har reproduserbar karakter) som gjør det mulig å reproducere/kopiere det som er skrevet, tegnet, filmet osv.. *Materialiteten* er vektlagt fordi det er denne som gjør tekstene tilgjengelige for undersøkelse som etnografisk materiale, og fordi det gjør det mulig å se hvordan tekst er til stede i vår hverdagslige verden og på samme tid forbinder oss til translokale sosiale relasjoner (Smith 2005:228).

dem til andre individer og deres aktiviteter andre steder, koordineres de som oftest gjennom tekstbaserte diskurser og kunnskap. Smith vektlegger at tekst gir en mulighet til å utforske hvordan det translokale og ekstralokale faktisk er produsert der folk er, kroppslig og i konkrete situasjoner (Smith i Widerberg 2004:181). Tekstene sees derfor som handlinger; noen må skrive dem, andre leser dem.<sup>19</sup>

## 2.2.5 Konsekvenser for kvalitativ forskning

Widerberg argumenterer for at IE som etnografisk tilnærming kan bidra til å forbedre kvaliteten på kvalitativ forskning (Widerberg 2007). Jeg vil her ta til orde for at IE særlig løser noen viktige forskningsetiske problemer, samt antyde hvordan tilnærmingen behandler noen klassiske utfordringer for sosiologisk kunnskapsproduksjon. Avsnittet gir også en mulighet til å utdype noen forhold som til nå er behandlet overflatisk.

### *Mikro/makro-problemet*<sup>20</sup>

Med IE blir mikro/makro-nivåene og motsetninger mellom dem mindre relevante, både i forhold til hvordan de "henger sammen" og hva som studeres. Gjennom fokuset på *faktiske* aktiviteter – både "på toppen" i posisjonene der tekstene skrives og "der nede", hvor tekstlig mediert styring og organisering trer inn folks hverdagsaktiviteter og derigjennom "produserer" institusjonelle prosesser – blir det som foregår et empirisk spørsmål, uansett "nivå". Det institusjonelle ("strukturene") studeres etnografisk, det "etnografiske" (studiet av hverdagslivet) studeres for å gripe det institusjonelle – samtidig. Særlig gjennom tekst og tekstlig organiserte handlingssekvenser, studeres koplingene mellom nivåene empirisk. Hvorfor dette kan gjøres, begrunnes likevel teoretisk.

Smith forstår institusjonene som funksjonelle komplekser av organisasjoner og diskurser innen styringsrelasjonene (Smith 2005:68). Det innebærer som nevnt at institusjonene *i seg* ikke er objekt for vitenskapelig undersøkelse. Disse skal i stedet komme

---

<sup>19</sup> Dette synet på tekst – og teksters sosiale aspekter – har fått meg til å oppsøke tekster i en sterkere grad og på en annen måte enn jeg trolig ville gjort i en mer tradisjonell kvalitativ studie. Hvordan jeg har forstått og brukt tekst på ulike måter, beskrives nærmere under punkt 2.4.3.

<sup>20</sup> Dette klassiske grunnlagsproblemet for sosiologien, har sitt utgangspunkt i at sosiologer ofte deler inn samfunnet i ulike nivåer: mikrososiologisk orientert sosiologi studerer hverdagslivet for eksempel i familien, mens makrososiologi heller orienterer seg mot hvordan familiene er preget av "samfunnsstrukturer" ("kultur", "eiendomsforhold", "statushierarkier" osv.) (etter Mjøset 1997:189). Selv om ulikt orienterte sosiologiske retninger aksepterer at det foreligger gjensidig påvirkning mellom disse nivåene, ligger den største utfordringen i hvordan formidlingen mellom nivåene betraktes (*ibid.*). Veien fra makro til mikro, og omvendt, handler om hvordan man kan slutte av forhold på det ene nivået, til forhold på det andre (og gjerne tilbake igjen).

til syne når en undersøker dem fra ståstedet til menneskene som på en eller annen måte er involvert i dem (*ibid.*). Målet er ikke å generalisere om en populasjon av subjekter, men å finne og beskrive sosiale prosesser som har generaliserende effekter (etter DeVault & McCoy 2006:18). Ved å forstå samfunnets struktur og funksjonsmåte ved å ta utgangspunkt i hverdagslivet og begrepsliggjøre dets relasjoner på denne måten, knyttes dermed forskjellige analysenivåer sammen (etter Widerberg 1996:537). Slik studeres ikke folks hverdagsliv og ”maktfeltet” eller ”strukturen” hver for seg, men som sammenvevde og relasjonelle.

I slike studier blir mikro/makro meningsløse størrelser, fordi nivåene sees som samtidige i alle henseender. Mikro/makro-skillet *usynliggjør* nettopp denne samtidigheten. Dikotomien reproducerer dermed en forestilling om at det er mulig å studere og forstå størrelsene hver for seg – og at de faktisk er ulike i tid, rom eller karakter i moderne samfunn.

### *Subjektiv versus objektiv og kunnskapskrav<sup>21</sup>*

Avsnittet over berører også forskningens generaliserbarhet. Kvalitativ forskning kritiseres ofte for å være lite anvendbar, fordi slutninger den måtte trekke er avgrenset til å gjelde det veldig begrensede feltet den undersøker og menneskene som er der (Smith 2005:42, Widerberg 2007:21). Smith hevder at ”this critique, however, neglects the contemporary realities of how the local is penetrated with the extra- or translocal relations that are generalized across particular settings” (Smith 2005:42). Problemet omgås altså gjennom det konsekvente fokuset på hverdagslivets translokale organisering (Widerberg 2007:21).

Erfaring, slik folk forteller om den, er alltid sosial og bærer alltid i seg dens sosiale organisering (Smith 1999:96, Widerberg 2001:59). Informantene er som vist informanter om institusjoner, ikke informanter om en gruppe – for eksempel legegruppen. De sees som *situerte*, ikke subjektive. Gjennom å synliggjøre hvilket ståsted som er utgangspunktet for kartleggingen, reformuleres hele problemstillingen om objektiv kontra subjektiv – fordi et situert kart ikke er noen av delene (Widerberg 2007:20). Slik produseres ikke en ”delsannhet” om fengsel og helse, men et bilde av hvordan det ser ut fra et slikt ståsted (etter

---

<sup>21</sup> Innen kvalitativ metodelitteratur eksisterer det ikke enighet om terminologien knyttet til det som omtales som kunnskapskrav/kunnskapsverifisering – altså spørsmål som angår kunnskapens legitimitet. Diskusjonene rundt begreper som reliabilitet, validitet og generalisering er kompliserte og omfangsrike, og det gjør det vanskelig å bruke begrepene. Kvale (1997:158-177) diskuterer dem ut fra validitetsbegrepet, og Thagaard (ikke i den første (Thagaard 1998:20), men i den siste utgaven av sin lærebok (Thagaard 2009:22)) og Fangen (2004:195-196) lander også på å bruke dette begrepet. Her bruker jeg begrepene validitet og generaliserbarhet, uten å legge teoretisk vekt på debatten. Jeg har heller forsøkt å synliggjøre noe av det integrerte valideringsarbeidet i forskningsopplegget ved å være tydelig på hvor grensen for funnene og slutningene går underveis i analysen.

Widerberg 2007:20). Trass i ulikheter, er det mye legene deler ved at de samme institusjonelle ordningene trer inn i deres hverdag på ulike måter. Forskning kan finne diskursive og organisatoriske prosesser som operer på tvers av de mange lokale settingene (DeVault & McCoy 2006:18). Når hensikten er å belyse disse ordningene, løses derfor noen av problemene med generaliserbarhet og validitet.

Kravet til den sosiologiske kunnskapen som produseres med IE, stilles til hvor nøyaktig og detaljert forskeren klarer å nøste opp hvordan de sosiale relasjonene er knyttet sammen, og tegne et redelig og pålitelig kart som menneskene i feltet kan kjenne seg igjen i (etter Widerberg 2007:20). Smith kaller representasjonen av hvordan ting faktisk fungerer og henger sammen for ”mapping<sup>22</sup>”. Det er en sosiologi som tilbyr menneskene som er i ståstedet undersøkelsen starter fra, en utvidet kunnskap om faktiske og lokale forhold ved livene deres, og gi svar på ”how things are put together” – for å forstå hvordan erfaringer, vi og samfunnet henger sammen (Widerberg 1995a:139). Kartet skal forstørre synsvidden til folk, og synliggjøre relasjonene som knytter et sted til et annet, og hvordan vi er koplet til styringsrelasjoner, økonomi og skjæringspunkter mellom disse (Smith 2005:29).

Smith omtaler ”mapping” som selve hovedmålet for den sosiologiske kunnskapsproduksjonens sluttprodukt: Kunnskapen skal være nyttig for folk – dem og oss (Smith 2005:29, 51). Smith fester dette målet til IE allerede i formuleringen av prosjektet<sup>23</sup>.

### *Forskningsetiske implikasjoner*

Smiths sosiologikritikk og validitetskrav til sitt eget alternativ (”mapping”), berører forskningsetiske grunnproblemer ved relasjonen mellom sosiologi og samfunn, mellom forskeren og forskningssubjektene. Makten i forholdet mellom relasjonene i kunnskapsproduksjonen og den kunnskapen som skapes, løses ved at: ”Du observerer ikke dem, men *med* dem og *for* dem. I en sånn type relasjon er gjensidighet integrert – og blir ikke et påtvunget tema utenfor selve forskningsrelasjonen.” (Widerberg 2007:20). Smith

---

<sup>22</sup> Smith har valgt metaforen ”å lage kart”, fordi kart ikke gjør krav på å bli lest uavhengig av terrenget det beskriver. Anvisningene i et kart er dialogisk: Leseren bruker det opp mot terrenget han eller hun reiser eller planlegger å reise i. På et vis forklarer kartet de aspektene ved terrenget som vil gjøre den reisende i stand til å finne hvor han eller hun er, og hvor han eller hun skal. (Smith 2005:161). Kartmetaforen må ikke nødvendigvis leses bokstavelig, men jeg har i oppgaven funnet det nyttig å presentere noen institusjonelle kart som visualiserer handlingssekvenser eller relasjoner for leseren. Jeg synes kartene her beskriver mer effektivt enn lineær tekst. Hvordan de skal forstås, forklares underveis.

<sup>23</sup> I tittelen på boka *Institutional ethnography – A Sociology for People* (Smith 2005). Dette målet er mer radikalt enn tilbakeføringskravet i forskningsetikken, som er et krav om at resultatet av undersøkelsen skal formidles tilbake til informantene på en forståelig måte.

hevder at asymmetrien i forsker-informant-relasjonen framstår som mindre viktig med IE, blant annet fordi erfarernes autoritet anerkjennes (Smith 2005:138).

Ifølge Smith ligger ikke asymmetrien i forsker-informant-relasjonen bare i intervjusituasjonen, der forskeren som har styringen over forskningsprosjektet vet hva hun vil ha tak i innenfor en sosiologisk diskurs informanten ofte ikke kjenner. Asymmetrien ligger også i at informanten, eller hennes erfaringer mediert gjennom etnografens publikasjoner, havner i en skolestisk diskurs som informanten ofte verken kjenner eller er aktiv innenfor (Smith 2005:137). Trass i at metodelitteratur anerkjenner at informanter kan oppleve forskerens forståelse eller erfaringsfjerne analyseformer som et overgrep, er fortolkningsmåten akseptert innen kvalitativ forskning<sup>24</sup>. Styrken i IE-tilnærmingen er blant annet at ”mappingen” er laget for at folk skal få *mer* kunnskap enn de allerede har, uten at den de besitter usynliggjøres eller underkjennes. Dette er et grunnleggende forskningsetisk poeng.

## 2.3 Praktisk gjennomføring

Denne oppgaven er et forsøk på å operasjonalisere IE i et forskningsdesign. Jeg har nå redegjort for det teoretiske grunnlaget for opplegget, og angitt noen overgripende implikasjoner for metoden. Det er dog først og fremst i oversettelsen til mitt prosjekt at tilnærmingen må vurderes: Er den fruktbar?

Inspirert av IEs doble formål, det etnografiske og det institusjonelle, har jeg gitt fengselslegenes erfaringer status som et sted ”å stå og se”, og spør: Hva kan erfaringene til fengselsleger fortelle om norsk isolasjonspraksis? Gjennom rike etnografiske beskrivelser skal jeg forsøke å gi svar på dette. Legene opererer i en institusjonell kontekst og deltar i institusjonelle prosesser. Ved å synliggjøre disse, søker jeg å knytte legenes arbeid til makt og styring for å forstå hvordan ”det henger sammen”. Videre i dette kapitlet vil jeg synliggjøre og begrunne hvilke følger dette har gitt, som innebærer en tildels annerledes måte å drive sosiologi på.

---

<sup>24</sup> Se for eksempel Fangen (2004:173-174) og Thagaard (1998:188-191).

### *Overordnet operasjonalisering: Diskurser/begreper er noe som gjøres*

Som nevnt i innledningen, ga en bachelor-oppgave<sup>25</sup> noen spørsmål jeg bestemte meg for å forfølge videre i masteroppgaven. Funnene herfra var vanskelige å forstå med det teoretiske perspektivet oppgaven bygde på<sup>26</sup>. I denne oppgaven har jeg forsøkt å løse problemene med å forstå og undersøke begrepene ”profesjon” og ”profesjonsetikk” ved å bruke redskaper og perspektiver fra IE. Det har ført til at jeg har sett på legeprofesjonen som noe som *gjøres*. Jeg har undersøkt profesjonens aktiviteter og organer i Legeforeningen og foreningens relasjon ”nedover” til medlemmer av legestanden med en uvanlig posisjon (fengselsleger). Det jeg har sett etter her, er kunnskap om, tekstlig arbeid overfor og kontakt med fengselsleger. ”Nedenfra” har jeg spurt legene hva de vet om Legeforeningens arbeid, hvordan de bruker Legeforeningen, ved hvilke anledninger de har tatt kontakt med andre leger og sin forening, og eventuelt hvorfor/hvorfor ikke. Slik har jeg lett etter empiriske koplinger mellom enkeltleger og det institusjonelle uttrykket for deres profesjon (Legeforeningen) *vertikalt*, i tillegg til koplinger til andre posisjoner i og utenfor profesjonen ”nede” hos fengselslegene og delvis ”oppe” i Legeforeningen *horisontalt*. Slik har jeg forstått sosiologiske begreper (legeprofesjon), som relasjonell *praksis*; aktiviteter som er knyttet sammen og foregår på flere nivåer.

De etiske reglene for leger er lett tilgjengelige på internett. Der kan de leses som uttrykk for meninger i Legeforeningen. I denne studien er profesjonsetikken behandlet som en diskursiv størrelse som kan undersøkes gjennom hvordan den forstås og gjøres av enkeltindivider og profesjonsorganer<sup>27</sup>. Slik vil det komme til syne hvor grensen for etikkdiskursens relevans går både i tekster og i praksis. Det samme gjelder for begreper som går igjen i institusjonelle diskurser i feltet, som ”å ivareta” eller ”legge til rette” for pasienten. Slike tekstlig medierte begreper undersøkes her som praksis gjennom bestemte strategier under intervjuene, som forståelsen av work knowledge.

### *Om å slåss med sin egen utrygghet*

Å arbeide med IE, innebærer at måter å samle inn og forstå datamaterialet av og til bryter med det jeg som sosiologistudent har lært om hvordan slikt skal gjøres. Perspektivet har i

---

<sup>25</sup> ”Fengselslegens dilemma. Legeetikk under press i en lidelsesproduserende institusjon”. Oppgave i kurset ”SOS 2302 Sosiologi om sykdom og funksjonshemming”, levert ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved UiO våren 2003.

<sup>26</sup> Oppgaven var inspirert av synet på legeprofesjonen i Eliot Freidsons sosiologiske klassiker ”Profession of Medicine” (1970).

<sup>27</sup> Det er *ikke* det samme som å måle for eksempel profesjonsetisk praksis opp mot skrevne prinsipper, for å finne brudd og uoverensstemmelser.

mange sammenhenger syntes oppklarende og resultatrikt. Men i perioder har jeg måttet slåss med en utrygghet på det perspektivet har fått meg til (ikke) å gjøre, og min egen sosiologiske tenkemåte og evne. Aller mest: Hvordan kan jeg forsvare at oppgaven er så empirisk? Og hvordan kan jeg legge fram ”funn” uten å belegge dem med sosiologisk teori? Denne usikkerheten har fått meg til stadig lete etter relevant forskning, men litteraturen har fått en annen rolle enn jeg forventet. For som jeg skal vise, gjorde selve undersøkelsen ”ute i feltet” meg utrygg på mine egne forskningsspørsmåls berettigelse<sup>28</sup>. Andres forskning på feltet har fungert betryggende, og forvandlet usikkerheten til sosiologiske funn.

### 2.3.1 Datainnsamling I: Ikke-intervjudata

Det empiriske grunnlaget for oppgaven er både muntlige og skriftlige kilder, samt egne observasjoner fra innsamlingsarbeidet. Hovedmaterialet er fra intervjuer, men datainnsamlingen har i tillegg foregått på flere andre måter.

En del av oppgaven er basert på funn fra forarbeidet til intervjuene, som rekrutteringsprosessen. Men særlig gjelder det organiseringen av kunnskap og styring ”ovenfra”, som er kommet fram ved kontakt blant annet med norske helsemyndigheter og representanter for avdelinger i Legeforeningen<sup>29</sup>. Jeg har også fått viktige tilbakemeldinger fra fengselshelsepersonell, nåværende og tidligere fanger og andre i forbindelse med møter eller foredrag jeg har holdt<sup>30</sup>. I tillegg har jeg utenom intervjuene hatt nyttige samtaler med flere medisinerere med erfaring fra eller kompetanse om fengselshelsearbeid i Norge, samt personer med soningserfaring. Der informasjon er brukt direkte, blir kildene oppgitt. Ellers har alle disse personene bidratt til å bekrefte, justere eller utvide min forståelse av og kunnskap om feltet, og på den måten vært indirekte kilder.

Inspirert av IEs vekt på tekst som sosiologisk materiale, har jeg vært opptatt av å innlemme ulike tekster i studien<sup>31</sup>. Det skriftlige materialet er anskaffet både i forkant og i etterkant av intervjuene. I forkant har jeg for det første gjort varierte søk i nyhetsartikler,

---

<sup>28</sup> Dette er omtalt under punktet ”Del 1: Landskapet sett utenfra”. Grunnlaget for tvilen som oppsto rundt forskningsspørsmålene er blant annet vist i kapittel 4.

<sup>29</sup> Jeg hadde en frustrerende researchprosess, som syntes resultatløs. Inspirert av institusjonell etnografi, har jeg behandlet problemene jeg møtte etnografisk, og forstått erfaringene fra forarbeidet til undersøkelsen som observasjoner fra feltet. Jeg beskriver denne delen av undersøkelsen under punktet ”2.4 Kritikk og videreutvikling”.

<sup>30</sup> Se forordet.

<sup>31</sup> Jeg kommer tilbake til de ulike måtene tekst er brukt og forstått i oppgaven under punkt 2.4.3 senere i kapitlet.

kommentarartikler, kronikker og leserbrev tilbake til 1970 i mediearkivet Retriever<sup>32</sup>. Søkestrategien var lagt opp for å få fram eksempler/saker der forhold rundt fengselshelsearbeid og isolasjon har kommet ut i den medierte offentligheten, samt hvordan, når og av hvem debatter rundt isolasjonsbruk i Norge er reist på slike offentlige arenaer. Denne oppgaven er ikke en analyse av disse tekstene, men søkene har vært nyttige for å ta pulsen på temaet, finne enkeltsaker der konflikt rundt bruk av isolasjon i Norge har havnet i eksterne fora og for å finne ut hvilke aktører som har engasjert seg – med hvilke argumenter.

I forkant av intervjuene leste jeg Kriminalomsorgens informasjon om det aktuelle fengselet, samt eventuelle tilsynsrapporter med fengselshelseavdelingen fra Helsetilsynet<sup>33</sup>. Siden jeg var opptatt av hvordan arbeidet i fengselshelsetjenesten er koordinert gjennom tekst, ovenfra og mellom posisjonene, skaffet jeg også til veie tilgjengelige tekster som fungerte styrende på fengselslegers arbeid blant annet fra Legeforeningen og norske helsemyndigheter. Jeg har også skaffet til veie upubliserte internrapporter over bruk av restriksjoner og isolasjon for varetektsfanger og domfelte i norske fengsler<sup>34</sup>. Også SSBs statistikk på området, Kriminalomsorgens årsstatistikk og en Juss-Buss-rapport om bruk av isolasjon (Hellevik 2001), gir et inntrykk av praksisen og omfanget i norske fengsler. I tillegg har jeg lest artikler og gått gjennom søkeresultater fra søk i elleve skandinaviske og engelskspråklige internasjonale databaser for vitenskapelige artikler innen medisin, psykologi, kriminologi og sosiologi<sup>35</sup>. Artiklene utgjør både bakgrunnsstoff for oppgaven, og en form for empirisk materiale<sup>36</sup>. Andre skriftlige kilder presenteres underveis.

### 2.3.2 Datainnsamling II: Intervjudata

Intervjudata utgjør det empiriske hovedgrunnlaget for tre analysekapitler (kapittel 5, 6 og 7). Her vil jeg gå gjennom praktiske og metodologiske aspekter ved datainnsamlingen av intervjumaterialet, med særlig fokus på IEs betydning for denne.

---

<sup>32</sup> Schibsted-eide Retriever, eller Atekst som mange fortsatt kaller artikkelarkivet, er det mest omfattende arkivet for journalistisk materiale i Norge. Retriever inneholder artikler fra norsk og svensk dagspresse, ukeblader, fagpresse, TV-/radio kanaler og nyhetsbyråer (Retriever 2009). Atekst var opprinnelig Aftenpostens eget arkiv, i tillegg kan en finne VG-saker tilbake til 1945 (Wikipedia 2009). Andre redaksjoners artikler har i mine søk kommet til fra slutten av 1980-tallet.

<sup>33</sup> Finnes på deres nettsider: kriminalomsorgen.no og helsetilsynet.no.

<sup>34</sup> Ragnar Kristoffersen, forsker ved Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS), har gitt meg statistikkene.

<sup>35</sup> Databasene Social Sciences Citation Index, SCA Social Services Abstract, SCA Sociological Abstracts, Scandinavian Research Council for Criminology, SveMed+, Medline, Psycinfo, Pilots, samt bibsys i Norge, Libris (Sveriges nasjonalbibliotek) og bibliotek.dk (Danmarks bibliotek). Tidligere hovedbibliotekar Sven Lindblad ved biblioteket på Institutt for samfunnsforskning står bak søkestrategiene, som dreier seg rundt søkeord som skulle fange fagdisiplinenes forskning på isolasjon, varetekt, fangebefolkningens helse, arbeid med helse og legeetikk i fengsel.

<sup>36</sup> Hvordan vises i delkapittel 2.4.3, samt i del 1 av analysen.



### *Valg av informanter til intervju<sup>37</sup>*

Å se på varetekstfengsling og isolasjon som en institusjonell prosess, innebærer at det er flere steder å stå og se på det man undersøker. Jeg har valgt å starte undersøkelsen fra fengselslegers posisjon. Hovedårsaken bunner i at leger har tatt opp problemstillingene jeg ville undersøke, men også i at de har det formelle medisinske ansvaret innen fengselshelseavdelingen. Det finnes gode grunner til at undersøkelsen burde inkludert andre som legene står i relasjon til i arbeidet. Dette gjelder særlig sykepleiere. Som vi skal se, foregår deres arbeid nærmere pasientene. Sykepleiere kunne fra sine posisjoner utfylt og muligens korrigert legenes beretninger<sup>38</sup>. Særlig grunnet forskningsetiske problemer som jeg kommer tilbake til, har jeg latt være. Uansett er det likevel legene som har det formelle medisinskfaglige ansvaret i fengselshelseavdelingen, og jeg undersøker hvordan de *gjør* det ansvaret.

Kriminalomsorgen i Norge drifter 43 fengsler og 7 overgangsboliger<sup>39</sup>. Fengslene, og avdelinger inne i hvert fengsel, kan ha høyere eller lavere sikkerhetsnivå. De varierer også i størrelse. Informantene ble kontaktet fordi de arbeidet på større fengsler med høy sikkerhet med både domfelte og varetekstfanger. Dermed ville det være stor sannsynlighet for at de hadde erfaring med isolasjon. Utvalget er altså gjort etter institusjonen legene arbeider i, og ikke etter egenskaper ved informantene selv, i tråd med problemområdet og det teoretiske rammeverket for undersøkelsen. To av informantene er kvinner, resten er menn<sup>40</sup>. De var mellom 36 og 58 år på intervjutidspunktet, og alle hadde selv søkt seg til jobben. Tre av dem et hadde formelt lederansvar i fengselshelseavdelingen. Andre trekk ved informantenes yrkesbakgrunn, fartstid og ansettelsesforhold kommer jeg tilbake til i kapittel 5.

---

<sup>37</sup> Med institusjonell etnografi, sees de som har stilt opp til intervju som informanter – om det sosiale. En del kvalitativ forskning som er opptatt av å ta til seg positivismekritiske innsigelser mot samfunnsforskning, vil vektlegge forskningsrelasjonen som et subjekt-subjekt-forhold gjennom betegnelser som "intervjusubjekt" (i motsetning til "intervjuobjekt"). Når jeg kaller personene jeg har intervjuet for informanter, er det nettopp fordi jeg i denne undersøkelsen ikke er interessert i dem som personer. Jeg er ikke ute etter deres subjektive vurderinger, meningsskaping og motivasjoner i seg, men i hva deres erfaringer og fortellinger om disse kan si om de institusjonelle praksisene de deltar i. De er *informanter* om strukturer og praksiser, slik de fungerer og er organisert på bestemte steder der informantene er.

<sup>38</sup> Smith argumenterer for å snakke med personer i slike gjensidige posisjoner (Smith 2005:158-159).

<sup>39</sup> Etter opptelling fra liste på Kriminalomsorgen 2009a.

<sup>40</sup> Det eksisterer ikke noe nasjonalt register over fengselsleger, og dermed heller ingen kunnskap om den reelle kjønnsfordelingen blant fengselsleger i Norge. I mitt utvalg er kvinneandelen lav. Under datainnsamlingen forsøkte jeg å rekruttere flere kvinner – uten å lykkes. Men jeg har ikke lagt stor vekt på kjønnsfordelingen i utvalget i analysen eller presentasjonen av datamaterialet, fordi kjønn ikke er et tema med oppgavens problemstilling. Kjønn var heller ikke et særlig berørt tema for informantene. Med institusjonell etnografi blir vanlige tanker om utvalgets representativitet – også med hensyn til kjønn – ikke like sentrale. Og ettersom intervjuene søker å gripe og begrepsfeste informantenes erfaringer fra deres hverdagsaktiviteter, opplever jeg kjønnsrelasjonen i intervjusituasjonene jeg har vært i som mindre viktig. Likevel: Blant annet for å bidra til beskytte enkeltpersoners anonymitet, oppgis ikke alltid kjønn på informantene når de siteres.

### *Rekruttering: Vanskelig tilgjengelige informanter*

Allerede i rekrutteringsfasen ble det tydelig at fengselshelsetjenesten har en relativt svak nasjonal organisering. Jeg ønsket ikke at legenes arbeidsgiver, og særlig personer på selve arbeidsplassen i fengselet, skulle være involvert i kontakten mellom legene og meg. Informantene skulle på helt fritt grunnlag kunne samtykke i deltakelse og uttale seg fritt under intervjuet. Sammen med konfidensialitetskravet<sup>41</sup>, ga disse forholdene utfordringer for rekrutteringsarbeidet.

Det var vanskelig å oppnå direkte kontakt med legene. Det fantes ingen sentral oversikt over hvor mange eller hvem legene var. Sosial- og helsedirektoratet ba meg ringe kommunene, som er arbeidsgiver. Disse visste som oftest ikke hvordan jeg kunne nå legene direkte. I flere av kommunene snakket jeg med opp til fire personer i administrasjonen, uten å få svar på hvem som var lege ved fengselet i kommunen. Til slutt måtte jeg skaffe navnene ved å ringe helseavdelingene via fengslenes sentralbord. Deretter sendte jeg ut informasjonsbrev og forespørsel om deltagelse<sup>42</sup> med svarslipp og frankert konvolutt til legene ved syv fengsler rundt omkring i Norge. Jeg fikk én svarslipp i retur, det var positivt. Etter svarfristen tok jeg til å ringe. Alle unntatt én av legene jeg forsøkte å nå, jobbet deltid i fengselet. Flere jobbet på allmennlegekontor i tillegg. Der det var mulig, ringte jeg dit. Et sted kom jeg aldri forbi legesekretæren. Hun avslo på vegne av legen, uten at jeg hadde fått snakket med ham. Andre steder kom jeg gjennom i legens ringetid eller la igjen beskjed. Slik rekrutterte jeg to informanter. Resten av legene måtte jeg ringe på selve fengselshelseavdelingen, fordi det ikke var mulig å finne annen kontaklinformasjon. Her var det vanskelig å treffe dem. Ved ett fengsel besluttet avdelingslederen at legen ikke hadde tid til å snakke med meg. Ved et annet fengsel ga jeg opp å få kontakt med legene. Det gikk uker og måneder før jeg hadde fått kontakt med resten. Ved ett fengsel gikk det åtte måneder med periodevis oppringing fra jeg sendte brev til jeg fikk snakket med legen og laget en avtale.

Likevel; alle legene jeg fikk direkte kontakt med, takket ja til å delta (én avlyste likevel avtalen). Mange av dem uttrykte begeistring for at noen var interessert i helsearbeid med fengslede, ofte med begrunnelsen i at fangers helse ikke får den oppmerksomheten den fortjener. Flere tilbød seg å sette meg i kontakt med andre, uten at jeg hadde behov for å

---

<sup>41</sup> Angår blant annet forhold rundt anonymitet. Se punkt 14 i Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (NESH 2006).

<sup>42</sup> Se vedlegg bak i oppgaven.

benytte meg av det. Totalt har jeg intervjuet sju leger og en sykepleier ved til sammen fire høysikkerhetsfengsler.

### *Intervjuene*

Det var ikke noe mål å gjennomføre intervjuene inne i fengslene. For å komme inn i helseavdelingene, må en godkjennes eller sikkerhetsklareres av fengselets ledelse. Jeg fryktet at denne kontakten ville kunne gå ut over informantenes anonymitet, eller på en eller annen måte påvirke hva informantene ville fortelle. Enkelte leger ønsket likevel å gjennomføre intervjuene i fengselet, og da gjorde vi det. Resten av intervjuene foregikk i private møter på kafeer eller på legenes egne legekontorer etter arbeidstid. Jeg har ikke inntrykk av at intervjustedet har påvirket selve intervjusamtalen nevneverdig, annet enn at noen av informantene ga uttrykk for at enkelte emner hadde vært vanskelig å snakke om inne i fengselet.

Intervjusamtalene varte fra én time til nesten tre timer, med et gjennomsnitt på to timer. Samtalene ble tatt opp med informantenes samtykke<sup>43</sup>. Alle avslo mitt tilbud om å få tilsendt utskriften etter intervjuet, men alle ville ha den ferdige oppgaven. I tillegg til lydopptakene, tok jeg sporadiske notater underveis i intervjuet, og skrev et notat rett etterpå. Notatene er ikke materiale, men har vært til hjelp i analysearbeidet.

Intervjuene ble innledet med en introduksjon om prosjektet, hva slags informasjon jeg spesielt ønsket meg, og en forklaring av min taushetsplikt<sup>44</sup>. Deretter spurte jeg om noen praktiske bakgrunnsopplysninger<sup>45</sup>. Siden forløp intervjuene delvis strukturerte, slik metodelitteratur forstår det kvalitative forskningsintervjuet (se Fog 2004 og Kvale 1997). Jeg hadde en intervjuguide med ulike temaer og hjelpespørsmål, men lot informantene selv ta opp temaer og styre samtalen i noen grad. Ofte forlot jeg intervjuguiden for å følge og forstå sekvenser av sammenkoplete aktiviteter som fulgte av konkrete hendelser legene fortalte om. Fleksibiliteten gjorde det mulig å følge informantenes resonnementer rundt episodene og erfaringene. Likevel ble stort sett alle spørsmålene besvart.

---

<sup>43</sup> Opptakene ble transkribert til 213 sider tekstmateriale, 12 pkt enkel linjeavstand.

<sup>44</sup> Se intervjuguiden som er vedlagt bak i oppgaven. Her er hele introduksjonen, og det går det fram hvordan intervjuene er lagt opp, hvilke temaer og spørsmål som tas opp osv.

<sup>45</sup> Alder, utdanning, medlemskap i Legeforeningen og detaljer ved deres ansettelsesforhold.

### *Work knowledge og institutional capture i intervjuene*

Jo flere jeg snakket med, desto lenger varte samtalen. Dette skyldes delvis at jeg tok med meg ting jeg hadde lært eller blitt fortalt i tidligere intervjuer videre inn i de neste. Hovedårsaken til at intervjuene generelt sett ble så lange, ligger i selve intervjustrategien bak intervjuguiden, og hva slags type data jeg var ute etter. En historie som ble fortalt, kunne utløse lange sekvenser av spørsmål og svar, fram til jeg trodde at jeg hadde forstått akkurat hvordan det hele hang sammen. Spørsmålene jeg stilte, var detaljerte og rettet mot konkrete aktiviteter og hendelser, for at jeg skulle forstå hva arbeidet faktisk innebærer, og hvordan og hvilke andre personer eller posisjoner arbeidet står i relasjon til. Samtidig forsøkte jeg å få et bilde av hva legene vet, og hvor de får kunnskap fra. Slik skulle intervjuet få fram både de konkrete erfaringene legen har, oppdage hva som strukturerer dem, og hvordan arbeidet eksplisitt eller implisitt bidrar til og inngår i institusjonelle prosesser.

Inntrykket fra intervjuene jeg har gjort, er at informantene med lederansvar, og som er trent i at deres virksomhet blir målt og vurdert språklig i helsevesenet, hadde sterkere innslag av en form for ”ikke-selvforklarende vendinger”. Samtidig kunne de drive mer aktivt arbeid med å gi en bestemt representasjon av avdelingen overfor meg under intervjuene. Men også de andre legene snakker i det som kan kalles erfaringstomme beskrivelser. Disse synes selvforklarende, men er det egentlig ikke. For eksempel har de ”en vanlig konsultasjon”, eller de snakker om ”å ivareta” eller ”følge opp” pasientene og ”helsebiten”<sup>46</sup>. Slike former for ”institutional capture” er også en ressurs for forståelsen senere i analysen.

### **2.3.3 Å spørre om handlinger og holdninger til en omdiskutert praksis og abstrakte etiske prinsipper**

Det er ikke informantene som har brakt norsk varetekts- og isolasjonspraksis til torgs. Forskningsspørsmålene er mine egne, laget for å finne ut på hvilken måte dette var en del av informantenes hverdagskunnskap og -arbeid. Jeg antok at fokuset på konkrete erfaringer

---

<sup>46</sup> I kapitlet ”Ord som kamuflasje” (i Christie 1982), beskriver Christie hvordan ord er et godt middel til å dekke over våre handlingers egentlige karakter. Slik blir ”celler” til ”rom”, ”fengselsvesenet” blir ”kriminalomsorg” og ”voktere” kalles ”betjenter” – slike som tjener andre. I oppgaven har jeg forsøkt å unngå en institusjonell terminologi som kan bidra til å tildekke relasjoner eller erfaringer, ved å omtale de fengslede som fanger, i stedet for innsatte. Både ”innsatt” og ”fange” er utbredte ord. Verre er å finne det ”riktige” ordet for ansatte med bevoktningsoppgaver i fengselet. ”Innsatt” og ”ansatt” kan synes som, men er ikke to sider av samme sak. Ved å kalle sistnevnte ”(fange-)voktere”, betones deres tradisjonelle hovedoppgave knyttet til sikkerhet og kontroll, og slik jeg oppfatter det; det vesentligste aspektet ved deres relasjon til fangene. Det vanlige synes likevel å være å kalle dem betjenter. En årsak til det, kan være utviklingen i synet på tjenestemannsrollen som Hammerlin (2008: 381-394) beskriver: Siden 1980-tallet har deres arbeidsoppgaver blitt utvidet til også å gjelde påvirkning, (re)habilitering og omsorg. Det er altså vanlig å kalle dem ”betjenter”, noe informantene i undersøkelsen også gjør. Jeg har valgt å gjøre det samme, men med en ambivalens jeg nå har begrunnet.

herfra, ville gjøre oppgavens sensitive og omdiskuterte temaer lettere å snakke om. Men informantene ble også bedt om å vurdere sine egne konkrete og andres potensielle dilemmaer opp mot legeetikken. Intervjuguiden var utformet for å kunne belyse informantenes medisinske praksis og vurderinger slik de selv tok dem opp, samtidig som de skulle dreie rundt en bestemt tematikk som jeg hadde valgt. Dette var vanskelig.

En av mine bekymringer var at informantene ville kunne føle seg gransket eller vurdert på en moraliserende måte, i og med at jeg satte deres praksis i sammenheng med etiske regler. Det var ikke det jeg ønsket. Jeg har ikke vært ute etter enkeltpersoner eller deres Gode Moral, og dette presiserte jeg også overfor informantene. Først og fremst ville jeg forstå hvordan deres arbeid foregikk, betingelsene for arbeidet og hva deres erfaringer kan fortelle om en institusjonell praksis – og legeetikk i det perspektivet. Dette garanterer ikke for at informanter likevel kan ha følt seg vurdert eller oppfattet spørsmålene som kritiske. Noen av informantene følte nok behov for å forsikre meg om at de gjorde en god jobb.

Informantene har sjelden selv tatt opp etiske aspekter ved konkrete episoder jeg har bedt dem fortelle om. De drøfter praktiske og etiske dilemmaer om hverandre, innimellom sier de eksplisitt at slike er vanskelig å skille. Bevissthet og interesse for etiske refleksjoner varierer selvfølgelig fra person til person. Noen har sansen for det, andre er ikke like begeistret. Det har virket som om det er lettere å snakke i abstrakte størrelser som etikk når en spør mer generelt og vidløftig. Det er som om dette ikke har plass i *snakket om arbeidet* til legene, de er ikke opptatt av det på den måten jeg hadde forventet. Legene framstår ofte som praktiske klinikere og organisatoriske pragmatikere i arbeidet i fengslene. I et IE-perspektiv vekker dette noen spørsmål: Hva gjør at informantene ikke snakker om det? Hva forteller det om styring? Institusjonelle ordninger kunne gjort at dette var et tema.

Som nevnt tidligere har jeg prøvd å ta hensyn til vanskelighetene knyttet til å spørre om abstrakte etiske prinsipper, ved å spørre om erfaringer fra konkrete situasjoner. I samtalene om disse erfaringene kom også vurderinger, meninger og følelser fram. Her dukker det opp ulik kunnskap om og holdninger til temaene. Jeg har lagt fra meg ambisjonen om dypdykking i legeetiske dilemmaer basert på legenes erfaringer. Det ble for vanskelig, blant annet fordi praksisen er endret og temaet har forsvunnet fra sentrale tekster som styrer legenes arbeid. Legenes snakk om varetekt og isolasjon synliggjør likevel noe om forholdet mellom deres meninger og en institusjonell praksis, og synet på egen rolle i fengselet. Dette behandles i kapittel 7.

### 2.3.4 Kunnskapsambisjoner og generalisering

Med mitt utvalg av informanter har jeg snakket med legene i helseavdelinger som var mer utviklet og større enn ved enkelte andre fengsler. Jeg har bevisst ikke oppsøkt fengsler der en kan forvente spesielle forhold, med en tanke om at det er interessant å forstå det ”velfungerende” og ”normale”. Helsearbeiderne ved de store helseavdelingene er likevel informanter om institusjonelle forhold som også gjør seg gjeldene ved mindre avdelinger. Alle informantene er i tillegg forskjellige når det kommer til forhold som fartstid, kjønn, alder og arbeidsforhold, men de er alle involvert i de samme institusjonelle prosessene. Det er disse, og ikke personene eller lokal ”kultur”, som har vært i fokus. Intervjudataene, samt det øvrige materialet som beskrives i dette kapitlet, representerer et bredt og variert empirisk grunnlag for å konkludere rundt trekk ved disse styringsmåtene.

### 2.3.5 Analyse

#### *Informantenes stemme i teksten – og hvordan skal sitatene leses?*

Av og til har mine spørsmål fått informantene til å sette ord på erfaring for første gang. Det hendte ofte at de kommenterte det selv, at nå snakket vi om forhold de ikke hadde tenkt over. Spørsmålene styrte retningen for hvilke erfaringer informantene satte ord på, og informantene hjalp meg med å forstå hvordan det hele foregår. Toveiskommunikasjonen ble dermed et samarbeid om å produsere en form for kunnskap som er diskursiv og etnografisk tilgjengelig. Denne kunnskapen, ”work knowledge”, er datamaterialet for mye av analysen. Datatypen har gitt konsekvenser for skrivestrategien her. Særlig er kapittel 5, 6 og 7 tungt basert på kunnskap som er ordfestet under intervjusamtalene. Når dette ikke alltid er synliggjort gjennom direkte eller indirekte siteringer, er det blant annet fordi orienteringen mot ”work knowledge” ofte ga detaljerte forklaringer som ikke alltid egnet seg for sitering<sup>47</sup>. Bruken av intervjuutdrag er i tillegg en konsekvens av IE på tre andre måter:

1) Viktigst er at det passer dårlig med metoden å klippe ut brokker av det informantene sier, ta det ut av sammenhengen og analysere dem som selvstendige og

---

<sup>47</sup> Kapittel 5 og 6 er særlig preget av dette. Kapittel 7 inneholder derimot flere sitater, noe som er en naturlig følge av at temaet for kapitlet er hvordan informantene snakker om isolasjon og varetektspraksis. Der jeg i oppgaven har sitert, har jeg som oftest brukt uredigerte utsnitt av de transkriberte intervjuene. Men av og til kan småord eller gjentakelser som naturlig faller i en muntlig situasjon, være forstyrrende eller få den som snakker til å framstå i et mindre heldig lys i teksten. I sitater der jeg oppfatter at slike muntlige elementer ikke er meningsbærende, har jeg fjernet dem. Det samme er gjort med enkelte små detaljer som kan ødelegge for anonymiteten til informantene.

løsrevne meningsbærere. Oppgaven gjenfortolker ikke ulike "work knowledges" som kommer fram i dialogen, men de blir satt sammen i en beskrivelse *slik at organiseringen av dem trer fram* (Smith 2005:159). IE har gjort meg bevisst på farene ved å overdrive analyse av utsagn som har falt i en to timer kort intervjuamtale, der partene verken forut eller etterpå holder dialogen gående. Jeg har ikke finlest intervjuutskriftene på jakt etter inkonsekvens eller måter å ordlegge seg som kan gi meg en anledning til finne "holdninger" eller "menneskesyn" når de snakker om isolasjon som fenomen.

2) Jeg har vært fristet til å bruke sitater for å "belegge" analytiske poenger, eller synliggjøre mengden og spredningen av bestemt erfaring blant informantene. Dette kan sees som uttrykk for mer tradisjonelle måter å gjøre kvalitativ sosiologisk metode. Selv om jeg ikke alltid trekker fram sitater som "bevis", har jeg hele tiden måttet sjekke intervjuene for å holde meg selv i ørene under analysen (poengtert i Campbell & Gregor 2004:93). Der jeg har valgt å trekke utdrag fra intervjuamtalene inn i teksten, er det ofte for å synliggjøre hvordan informantene resonnerer, fordi de beskriver spesielt godt eller der de uttrykker en ambivalens som er vanskelig å gjengi. Jeg angir hvordan sitatene skal leses enkelte steder underveis i teksten.

3) Intervjuutdragene er ikke merket med fiktive navn, kjønn eller annen informasjon som kan invitere til en individualiserende analyse av materialet. Det er for å opprettholde fokuset på det institusjonelle, ikke bare i intervjuamtalene, men også i analysen og skrivingen (se DeVault & McCoy 2006:41).

Har noen informanter større innflytelse på analysene enn andre? Enkelte informanter har gjennom sin lange erfaring ervervet seg større kunnskap om feltet enn andre. Noen informanters beskrivelser har vært rikere enn andres, og oftere blitt brukt som datamateriale. Andre har bidratt med færre, men ikke mindre viktige aspekter. Akkurat hvordan dette foregår, er vanskelig å redegjøre for på et generelt plan. Men der jeg har oppfattet det som vesentlig, presiseres slike vurderinger underveis. Alle informantene er sitert i oppgaven. Til å begynne med festet jeg meg ved de uttalelsene som jeg oppfattet som mest oppsiktsvekkende eller spesielle. Og forklaringene til de informantene som framsto som spesielt kunnskapsrike eller velartikulerte. Etter hvert har dette endret seg noe. I skriveprosessen har jeg ofte endt opp med å velge sitater eller beskrivelser fra deler av intervjuer som jeg tidligere i prosessen antok at inneholdt lite "nytt" eller "overraskende". Noe av grunnen til det, kan være at interessen min har dreid seg mot det som ut fra intervjuene kan forstås som normalt, ukontroversielt eller utbredt. Ofte er det den daglige,

velfungerende donten jeg har funnet interessant. Denne vridningen er nok også et resultat av IEs orientering mot sammenhenger og relasjoner framfor årsakskjeder.

### *Analyse, struktur og innhold: En bro mellom teori og metode?*

Trass i at metodologi som oftest forstås som sammenkoplingen av ontologi, epistemologi, teori og metode, oversettes det sjelden til forskningspraksis, verken i lærebøker eller utformingen av konkrete forskningsprosjekter, ifølge Widerberg (2007:7-8). Widerberg argumenterer for at IE synliggjør denne sammenhengen. Denne oppgaven er et forsøk på å være konsekvent, og ta ontologi og epistemologi ut i det tekniske undersøkelsesarbeidet – for ”å se hva som skjer”. Ønsket er å skape et tett forhold mellom teori og metode<sup>48</sup>.

Å ta konsekvensen av Smiths metateoretiske perspektiver på kunnskapsproduksjon i denne oppgaven, betyr å behandle framgangsmåten som selve teorien også – med de følger det har for denne teksten. Ontologiske antakelser, epistemologiske teorier, metodologiske redskaper og operasjonaliseringen av disse i den aktuelle undersøkelsen, behandles sammenvevd med metodologiske og etiske utfordringer for både datainnsamlingen og analysen. Slik er dette kapitlet til en viss grad en argumenterende illustrasjon av at metodologien er teoretisk. Det handler om å motarbeide atskillelsen av det teoretiske og det praktiske, både i egen forskning og i forståelsen og beskrivelsen av samfunnet.

Smiths tekster er svært teoretiske<sup>49</sup> og kan være krevende å lese. De føres i en høyst konsekvent terminologi, og innbakt i terminologien ligger kritikken av hvordan de sosiologiske konvensjonene skrives inn i de sosiologiske tekstene – ”konvensjonene bor i begrepene” (Hjelde 2006:38). Dette er en av grunnene til at det er utfordrende å lage leservennlige presentasjoner av teorien. Smiths tekster er også mettet med intertekstualitet, hun trekker på tenkningen til en rekke sosiologiske forgjengere og polemiserer mange veier med grunnlagsteoretiske resonnementer det kan være vanskelig å følge. Resultatet av mitt forsøk på å bruke perspektivet hennes, har dog gitt en høyst ”empiritung” oppgave. Det er forenlig med – og en konsekvens av – perspektivet. Teksten ligger ”lavt i terrenget”, den er analytisk deskriptiv.

---

<sup>48</sup> Tanken er at jeg vil unngå avstanden jeg tidligere i studiene har erfart mellom sosiologisk teori på pensum og arbeidet med en studentoppgave – det er fort gjort, og blant studentene vanlig å si, at man ”tar litt Bourdieu”, eller ”velger en teori en kan bruke”, og så trå det over det man undersøker. Samtidig vet vi blant annet at opphavsmennene og -kvinnene ofte har presisert at teoriene deres ikke skal forstås løstrevet fra empirien de kan være utledet fra. Min erfaring er at det på en eller annen måte likevel ”bare blir sånn”.

<sup>49</sup> En tolkning av Smiths sosiologikritikk og alternative sosiologi jeg stadig møter på blant medstudenter og andre, er at Smith er motsander av sosiologisk teori. Dette er en misforståelse.



## 2.4 Kritikk og videreutvikling

Jeg har møtt på noen problemer som er mangelfullt håndtert i litteraturen som behandler IE, og som jeg vil ta opp her. IE har også inspirert meg til å gjøre grep som retningen ikke legger opp til, men som jeg mener kan tilføre perspektivet noe positivt. Dessuten har retningen fått meg til å forstå og bruke tekst på mange måter, og tekstforståelsen vil jeg spesifisere nærmere enn Smith og andre gjør. Masteroppgaven er altså ikke utelukkende en oversettelse, men også en videreutvikling av perspektivet.

### 2.4.1 Forskningsetiske problemer

Temaet for undersøkelsen er omdiskutert, den manøvrerer i et sensitivt felt. Det stiller særlige krav til forskningsetisk bevissthet og tydelige redegjørelser for framgangsmåten<sup>50</sup>. Jeg har tidligere argumentert for at IE gir noen positive forskningsetiske implikasjoner. I praksis har jeg opplevd at perspektivet fungerer skjerpene, men jeg har også møtt på noen problemer som ikke er problematisert i IE-litteraturen.

Under intervjuene fortalte informantene om andre personer eller posisjoner som er involvert i de samme institusjonelle prosessene som dem i arbeidet. Jeg spurte også spesifikt etter hvem de samarbeidet med. Smith anbefaler å bruke slike referanser som ”dører som kan åpnes” ved å intervju personer i andre gjensidige posisjoner (Smith 2005:158-159). Deres ”work knowledge” kan utfylle eller korrigere kartet, og utforskningen kan følgelig utvides så langt forskningsmidlene rekker. For meg var det først og fremst forskningsetikk som satte grensen.

Fengselsleger utgjør en liten gruppe, og de kan være lette å kjenne igjen for pasienter, kolleger i legemiljøer og ansatte i fengslene de arbeider ved. Her knytter det seg særlige utfordringer til forskningsetikkens krav om konfidensialitet (punkt 14 i NESH 2006) ved anonymisering av historier, meninger og andre trekk som kan gjøre at informanten og hans eller hennes arbeidsplass blir gjenkjent. Anonymitet er vanskelig å bevare i små miljøer, men ”oppnøsting” på en og samme institusjon gjør det nesten umulig. Jeg ønsket å gjøre det på minst én av institusjonene, og intervjuet en avdelingsleder med sykepleierbakgrunn på et av

---

<sup>50</sup> Det er ikke knyttet problemer til de formelle sidene ved forskningsetikken i masteroppgaven. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Informantene har deltatt på intervju under fritt og informert samtykke, slik forskningsetikken ber om (NESH 2006 punkt 9). Der legene har fortalt historier om pasienter (om tredjepart, se punkt 11 i NESH 2006), har de ikke gitt identifiserende opplysninger. Jeg har heller ikke løftet fram historier som kan gjenkjennes av den det gjelder. Samtykkeerklæringen, og informasjonsskrivet om prosjektet som informantene fikk med den, ligger vedlagt bakerst i oppgaven.

fengslene. Det stoppet likevel der. Det ville blitt vanskelig å bevare informantenes anonymitet overfor kollegene på arbeidsplassen. Jeg måtte i tilfelle ha utvidet oppnøstingen til flere institusjoner. Av hensyn til rekrutteringsvanskene og tidsrammen for masteroppgaven lot jeg være.

Anonymitetskravet fikk også følger for analysen som ikke er nevnt allerede. Sykepleieren med avdelingslederansvar ga meg viktig kunnskap fra sin posisjon, men sitater eller kunnskap er ikke merket med direkte referanse hit i teksten, fordi jeg oppfatter det som vanskelig å beskytte informantens anonymitet. Når jeg derfor referer til ”legene”, er det med tanke på arbeidet til de syv andre informantene, mens ”informantene” viser til alle.

#### **2.4.2 Å begynne ovenfra: “Overblikk” som forforståelse og realitet**

Med føttene plantet i informantenes konkrete og situerte erfaringer skal den institusjonelle etnografen derfra rette blikket ”oppover” mot makt og styring. Dette skulle tilsi at jeg burde begynne med intervjuer, og bruke informasjonen legene kunne gi fra sine posisjoner som et utgangspunkt for videre ”mapping”. Men i stedet startet jeg med å se hvordan temaet så ut ”ovenfra”. For eksempel lette jeg opp lovverk, bestemmelser og tekster fra statlige myndigheter og Legeforeningen. Av grunner jeg kommer tilbake til, har jeg også korrigert bildet jeg fikk herfra ved å se på forskning på blant annet fangers helse. Også disse tekstene gir det en kan kalle et ”ovenfrablikk” på det sosiale, men jeg har også lest dem som en form for presentasjon av realiteter.

Noe uventet avdekket de forberedende undersøkelsene forhold ved arbeidet og organiseringen av kunnskap ”helt i toppen” av styringsrelasjonene, som ikke hadde kommet fram om jeg kun undersøkte legenes erfaringer. Resultater fra denne research-prosessen er omtalt i den første delen av oppgaven. Denne delen utgjør former for forforståelse, og bidrar til å gjøre fortellinger jeg senere møtte i legenes hverdag ”der nede” mer forståelig – men som også ble brutt. Inntrykket jeg fikk av styring og arbeid ”på toppen”, ga gjenklang i legenes erfaringer, samtidig som bildet de tegnet opp ofte var ganske annerledes.

En ”tradisjonell” form for forberedelse før undersøkelsen fikk altså en annen funksjon enn vanlig research-arbeid. Jeg har brukt erfaringer fra prosessen som en type feltmateriale. IE legger ikke opp til denne tilnærmingen, men måten jeg har nærmet meg feltet og tegnet et kart av landskapet slik det ser ut ”utenfra”, ga funn og tilførte forskningsopplegget viktige aspekter.

### 2.4.3 Forståelsen av tekst i oppgaven: Tekst organiserer sosiale relasjoner

Enkelte tekster lette jeg opp som en del av en tradisjonell forberedelse til intervjuene. Samtidig er orienteringen mot tekst i alle deler av forskningsopplegget direkte inspirert av IE. Jeg har selv oppsøkt en mengde tekst, men også gjennomgående spurt om tekster under intervjuene<sup>51</sup>. Tilnærmingen inviterer til å lete etter de sosiale aspektene ved tekst, og dette har gitt meg ulike måter å behandle, spørre etter, forstå og analysere tekster. Selv om måtene i praksis ikke holdes så atskilt, har jeg konstruert noen analytiske distinksjoner i et forsøk på å klargjøre tekstforståelsen min<sup>52</sup>.

#### 1) *Tekst som kontekst*

Statistikker, forskning og vitenskapelige tekster som forteller om fangers helse og arbeid med det, utgjør en del av bakgrunns materialet i oppgaven. Tekstene er på den ene siden lest som en form for representasjon av virkeligheten. På den andre siden anses deler av dem som en tekstlig kontekst for legene, en slags diskursiv kunnskap som potensielt kan styre blikket til fengselslegene og dermed arbeidet deres. Ikke bare medisinskfaglige og profesjonsetiske tekster, men også andre tekster – som ”torturdebatten” rundt varetekt i den medierte offentligheten – er behandlet som potensielt relevante og som en del av det tekstlige landskapet rundt legene. De inngår dermed også i datamaterialet.

#### 2) *Tekst som sosial aktivitet*

Tekster sees også som handling i seg selv. Her leses de ikke som representasjoner av virkelighet, men som et materialisert uttrykk for institusjoners arbeid og en form for aktivitet. Min jakt etter hva for eksempel Legeforeningen eller helsemyndigheter gjør i forhold til fengselshelsearbeid, betydde leting etter tekster. Blant annet kan antallet tekster si noe om hvor mye en institusjon jobber med å styre bestemt arbeid ovenfra. Og innholdet på tekstene forteller noe om hvilket arbeid som ”toppen” av institusjonene oppfatter som viktig at utføres ”der nede” – og hvordan dette skal gjøres.

---

<sup>51</sup> Se intervjuguiden.

<sup>52</sup> Tekstene er ikke analysert etter disse distinksjonene eksplisitt i oppgaven. Jeg viser dem likevel her fordi det kan tydeliggjøre hvordan jeg forstår og bruker tekst i studien på en måte som ikke er beskrevet i IE-litteraturen. Dette er således en del av videreutviklingen av perspektivet. I oppgaven er likevel *funnene* tekstforståelsene har gitt viktigst (disse vil presenteres i analysen). Jeg har derfor sett det som unødvendig kompliserende å knytte funnene til hvilken ”type” tekstforståelse de er et resultat av. Å gjøre dette ville dessuten gitt et feilaktig inntrykk av at mine egne forståelseskategorier eksisterer som realitet.

### 3) *Tekst som uttrykk for vilje til styring ovenfra*

Hvorvidt enkelte tekster er kjent hos informantene eller ikke, forteller i tillegg noe om institusjonenes vilje og organisatoriske evne til å spre kunnskapen om og i disse tekstene. Jeg har spurt informantene om hvor de henter kunnskap fra, for å forstå hvordan det institusjonelt legges til rette for hva de skal kunne noe om, og hva de må finne ut av selv. Slik er mengden og typen av tekstlig kunnskap informantene ”tilbys ovenfra”, både et uttrykk for handling, interesse og vilje til styring. Dette henger igjen sammen med neste punkt.

### 4) *Tekst som empiriske koplinger som koordinerer lokalt og translokalt*

Siden det er et mål å forstå hvordan legenes arbeid er koordinert, har det vært viktig å finne ut hvilke tekster som faktisk trer inn i deres aktiviteter. Derfor har jeg spurt informantene spesifikt om enkelte konkrete tekster som framstår som sentrale og instruerende, samt noen tekstlige diskurser og begreper. Dermed har det vist seg hvilke tekster som blir ”aktivisert” og får betydning, og hvilke som ikke har samme styrende kraft for informantenes arbeid – altså hvilke tekster som utgjør *reel* tekstlig kontekst. Det har fortalt meg noe om fra hvor styringen over legenes hverdag er svak eller sterk. Samtidig har jeg fått korrigert bildet av hvilke tekster som betyr mest i hverdagsarbeidet, for det har ikke vært identisk med det jeg først fikk inntrykk av. Dette er en måte å identifisere kraften i eller eksistensen av empiriske koplinger mellom institusjonelle nivåer som står i en vertikal/hierarkisk relasjon til hverandre. Men tekster koordinerer også arbeid horisontalt i lokale handlingssekvenser: Noen av informantene viste meg eller kopierte tekster de brukte i arbeidet, som arbeidskontrakter, rutiner, avtaler, skjemaer, samt maler for journaler. Disse tekstene inngår i materialet<sup>53</sup>.

### 5) *Tekst som dialogisk*

Jeg har også forsøkt å forstå på hvilken *måte* informantene tar tekstene i bruk. Tekstene er varige og stabile, men de leses, tolkes og oversettes forskjellig i lokal praksis – også av mine informanter. Det ikke-deterministiske, dialogiske synet på tekst og diskurs i IE<sup>54</sup>, retter

---

<sup>53</sup> Se kapittel 6 for detaljerte beskrivelser.

<sup>54</sup> Ved å kombinere Foucaults diskursbegrep med Bakhtins dialogiske reformulering av Saussures språkteori, har Smith utviklet en forståelse av hvordan tekster leses (i Smith 2005). Å lese en tekst er en spesiell form for samtale der leseren spiller begge rollene. Hun eller han ”aktiviserer” teksten (dog neppe akkurat slik forfatteren hadde intensjon om) og på samme tid responderer hun eller han på den på en eller annen måte (Smith 2005:105) Dette kaller Smith ”The text-reader

blikket mot hvordan institusjonelle praksiser og diskurser reproduseres, opprettholdes eller endres gjennom at individer tar tekstene i bruk ("aktiviserer" dem). I forholdet mellom teksten og leseren, utøver teksten betydelig kontroll (Smith 2005:108). Den medierer, regulerer og autoriserer folks aktiviteter (Widerberg 2007:19). Dette betyr likevel ikke at teksten automatisk aksepteres, men at motstand, uenighet og avvisning virker med og ut fra tekstens agenda (Smith 2005:111).

Selv har jeg også lest tekstene forskjellig. Med utgangspunkt i at tekster fungerer som ressurser som folk trekker inn i deres hverdaglige arbeidsprosesser (DeVault & McCoy 2006:34), har jeg i del 1 behandlet tekster som en slik potensiell ressurs (i tillegg til virkelighetsbeskrivelse). I del 2 beskriver jeg mot dette hva legene *faktisk* benytter seg av. Det er mulig fordi jeg gjennomgående i intervjusamtalene har spurt etter tekster informantene bruker i arbeidet<sup>55</sup>.

## 2.5 Konsekvenser for oppgavens videre oppbygning

Datainnsamlingen har gått veien inn i problemområdet på to måter: en "utenfra" og "ovenfra" og en "der nede" i informantenes hverdagsarbeid. IE inviterer ikke til denne framgangsmåten, men har samtidig gjort meg bevisst på at jeg inntar to ulike posisjoner "å se fra" ved å gå fram slik. Da jeg oppdaget hvilke veldig ulike bilder det ga meg, valgte jeg å dele inn også analysen i to. Derfor er oppgaven grovt sett bygget opp etter veien "fra toppen" og "ned i hverdagen". Ved å lete etter koplinger til institusjonell styring, veksler likevel analysen stadig mellom forskjellige institusjonelle nivåer<sup>56</sup>. Det er en nødvendig konsekvens av å arbeide med IE.

---

conversation", og hevder at måten institusjonelle diskurser regulerer folks lokale aktiviteter fungerer på samme vis (se Smith 2005:101-121).

<sup>55</sup> Se intervjuguiden.

<sup>56</sup> Ikke forstått som mikro/makro-nivåer, men som "steder" eller posisjoner i styringsrelasjonene som står i et hierarkisk forhold til hverandre.

## Del 1: Landskapet sett utenfra

De to forestående kapitlene gir til sammen et bilde av rammene for arbeidet til fengselslegene slik det kan forstås ut fra en rekke tekster og arbeid på høyere institusjonelle nivåer som legene står i en institusjonell relasjon til.

Kapittel 3 gir både en generell oversikt og mulighet til noen begrepsavklaringer som er nødvendig for lesere som ikke har erfaring fra feltet. Men hovedbakgrunnen for kapitlet er følgende: Tidlig i arbeidet med masteroppgaven begynte jeg å tro at isolasjon, helsemessige konsekvenser av isolasjon, og dermed praktiske og etiske utfordringer for helsearbeidere, kun eksisterte i mitt eget hode. Og at forskningsspørsmålene derfor ikke kunne eller burde være grunnlag for en undersøkelse. Før dette hadde jeg som nevnt trodd at mitt problemområde måtte være en ”het potet”, eller i hvert fall et problemområde for diskusjon, hos aktører som på en eller annen måte sto i relasjon til helsearbeid i norske fengsler. Men i kontakt med helsemyndigheter og Legeforeningen, og videre i løpet av de første intervjuene, ble det klart at det ikke var et tema. Jeg fikk inntrykk av at det så godt som ikke forekom isolasjon av domfelte eller varetektsfanger lenger, og at isolasjon i Norge ikke egentlig hadde sider ved seg som angikk helsearbeidere. Var ikke debatten rundt norsk og skandinavisk isolasjonspraksis relevant likevel? Og var min oppfatning av at praksisen kunne gi utfordrende dilemmaer for helsearbeidere basert på feilinformasjon med politisk slagside? Spørsmålene tvang meg til å undersøke i medisinsk forskning, samt i statistikk og forskning på isolasjon og varetektsbruk<sup>57</sup>. Jeg vil med utgangspunkt i denne kunnskapen kort vise hvorfor masteroppgaven likevel har livets rett.<sup>58</sup>

Kapittel 4 er et første analysekapittel om viktige tekster og kunnskapsmessig organisering i Legeforeningen og hos norske helsemyndigheter, som på samme tid belyser grunnlaget for min egen tvil, gir funn i seg selv og dessuten nye spørsmål på veien ”ned” i legenes arbeidshverdag. Her synliggjør jeg ”maktens blikk” på problemområdet for oppgaven.

Kapittel 3 utgjør altså en bakgrunn, mens kapittel 4 er en analyse av institusjonelle forhold ”på toppen”. Til sammen tegner de opp det institusjonelle landskapet rundt

---

<sup>57</sup> ”Litteraturstøvsugingen” er beskrevet under punktet ”2.3.1 Datainnsamling I: Ikke-intervjudata”.

<sup>58</sup> Det er lagt ved rikelig med referanser til forskning og lovverk i kapittel 3. Det har vært viktig å gjøre dette både for å stadfeste relevansen og legitimiteten til forskningsspørsmålene jeg fikk grunn til å tvile på, og for at den kritiske leser selv kan oppsøke kildene ettersom kapitlet av plasshensyn er blitt en kortfattet redegjørelse..

fengselslegenes arbeid slik det ser ut med materialet så langt. Det synliggjør også mine forventninger til rammer for legenes arbeid og ressursene de kan trekke på, kall det gjerne en ny forforståelse, som reiser nye forskningsspørsmål.

### 3. Tekstenes landskap

#### 3.1 Isolasjon og varetekt i norske fengsler

”Det er vanskelig for utenforstående å forstå fullt ut hvordan livet fungerer i en så isolert verden.”<sup>59</sup> Slik åpner Tore Roland, journalist i Ringerikes Blad, sin beskrivelse av livet på innsiden av murene til Ringerike fengsel. Livet i fengslene er noe menneskene utenfor vet lite om. Men journalistens beskrivelser antyder noe om det generelt *isolasjonsaktige* ved å sitte i fengsel. Man er avskåret fra livet utenfor, og fra normal omgang med venner, familie og kolleger. Det er likevel viktig å skille mellom ulike former for isolasjon.

Fellesskap mellom fanger har vært et grunnleggende prinsipp siden 1958 (Hellevik 2001:7), og inngrep i retten til samvær med medfanger krever lov hjemmel (Storvik 2003:154). I Norge foregår isolasjon i hovedsak både som 1) bruk av sikkerhetscelle 2) en form for utelukkelse fra fellesskapet av både domfelte, varetektsfanger og sikrings-/forvaringsdømte, eller 3) restriksjoner ved varetekt<sup>60</sup>.

*Sikkerhetscelle* er en form for ekstremvariant av isolasjon (også kalt isolat), og kan tas i bruk ved spesielle situasjoner<sup>61</sup>. ”En sikkerhetscelle har nakne vegger, et avføringshull i gulvet, ingen møbler, en madrass og et teppe. Fangen får utdelt fengselstruse og trøye. Isolasjonsnivået er altså meget høyt.” (Hellevik 2001:16) Ved bruk av sikkerhetscelle skal fangen ha tilsyn minst én gang per dag av helsepersonell, og hver halvtime av ”tilsatt” (Storvik 2003:152)<sup>62</sup>. Det finnes ikke tall for lengde i kriminalomsorgens årsstatistikker, men antallet rapporterte tvangstiltak av denne typen i 2007 var 275 (Kriminalomsorgen 2008:41).

---

<sup>59</sup> I ”Fengsel i krise”, lederartikkel i *Ringerikes Blad* 28.10.06 (se Roland 2006).

<sup>60</sup> I tillegg kommer glattcelle i politiarresten, undersøkelser for å avdekke bruk av rusmidler mv (såkalt enerom med spesialtoalett) og umiddelbar utelukkelse inntil 24 timer som følge av mistanke om begått handling som kan føre til ”reaksjon” i fengselet (etter Storvik 2003).

<sup>61</sup> Etter straffegjennomføringslovens § 38 kan kriminalomsorgen ta i bruk sikkerhetscelle eller sikkerhetsseng (reimseng) for å avverge alvorlig angrep eller skade på person, hindre iverksettelse av alvorlige trusler eller betydelig skade på eiendom, hindre alvorlige opptøyer eller uroligheter, hindre rømning, avverge ulovlig inntrenging i fengsel, eller sikre adgang til sperret eller forskanset rom (Storvik 2003:150-151).

<sup>62</sup> Disse tilsynsrutinene er ikke nevnt i straffegjennomføringsloven som ligger på lovdata.no, men er beskrevet i Storvik 2003. Boka er en lærebok for aspiranter på Fengselsskolen, og gir en oversikt over bestemmelsene i straffegjennomføringsloven sett i sammenheng med forskrift, retningslinjer og andre aktuelle rettskilder (Storvik 2003:13).



*Utelukkelse fra fellesskapet* av alle typer fanger kan være hel eller delvis, og omtales ikke lenger som refselse, men som forbyggende tiltak<sup>63</sup>. Utelukkede fanger skal ha tilsyn av tilsatte flere ganger daglig, og lege skal varsles om utelukkelsen uten ugrunnet opphold (Straffegjennomføringsloven §37 i Justis- og politidepartementet 2001). Fengselet beslutter utelukkelse uten domsbehandling<sup>64</sup>, mens isolering av varetektsfanger er en sak for domstolen, og dermed strengere regulert. Omfanget av isolasjonen i Norge i dag er vanskelig å gjøre rede for, det er et tema som krever en egen oppgave. Kriminalomsorgen offentliggjør ikke tall på praksisen<sup>65</sup>. I Helleviks undersøkelse av bruk av isolasjon i norske fengsler fra 2001, finner hun blant annet at ”andelen fanger som utsettes for ulike isolerende tiltak i løpet av soningen er høy, og stiger med dommens lengde.” (Hellevik 2001:42).

*Restriksjoner ved varetekt* kan arte seg på mange vis – det er store variasjoner i hvilken grad varetektsfengslede isoleres. Varetektsfanger er personer som er under etterforskning, som ikke er endelig straffedømt og derfor i prinsippet antatt uskyldige. De kan ikke innvilges permisjon, frigang, overføring til åpent fengsel eller institusjon, og vil ofte være underlagt ytterligere frihetsinnskrenkninger, som for eksempel brev- og besøksforbud og isolasjon<sup>66</sup> (Storvik 2003:260). ”Isolerende tiltak varierer både i lengde og intensitet. Det er en glidende overgang fra isolasjon til fellesskap, via at man for eksempel får ha TV, får besøk, eller får lufte sammen med andre.” (Helleveik 2001:6). Restriksjonene varierer fra brev- og besøksforbud i fullstendig isolasjon med forbud mot radio, TV og aviser, til varianter av brev- og besøkskontroll, delvis isolasjon og tillatelse av medier – alt sammen i en rekke kombinasjoner. Av de 3.420 personene som på en gjennomsnittsdag i

---

<sup>63</sup> Etter straffegjennomføringslovens § 37 kan fengselet beslutte hel eller delvis utelukkelse fra fellesskapet med andre innsatte dersom det er nødvendig for å hindre at innsatte påvirker miljøet i fengselet på en særlig negativ måte, hindre innsatte i å skade seg selv eller øve vold eller fremsette trusler mot andre, hindre betydelig materiell skade, hindre straffbare handlinger, eller opprettholde ro, orden og sikkerhet. Kriminalomsorgen kan også beslutte utelukkelse dersom akutte bygningsmessige eller bemanningsmessige forhold gjør det nødvendig (Storvik 2003:154-155). Under § 26 i den gamle fengselsloven av 12.12. 1958 nr. 7 kunne fanger settes på ”enerom” (isolat) som refselse ved brudd på orden og disiplin. Slik er det ikke lenger. Men Hellevik (2001:27) poengterer at dagens isolasjon ved ”forebyggende tiltak” imidlertid trolig *føles* som en straff.

<sup>64</sup> Om maksimumslengden for tiltaket sier loven at utelukkelsen bare kan ”strekke seg utover ett år dersom innsatte selv ønsker det.” (Straffegjennomføringsloven §37).

<sup>65</sup> Men fengslene rapporterer årlig om beslutninger som er tatt om hel eller delvis utelukkelse fra fellesskap av alle typer fanger etter *begrunnelse*. De rapporterer ikke *lengden* på tiltakene. Rapportene legges ikke ut for offentligheten, men er heller ikke hemmelige. Først og fremst brukes de internt i Justisdepartementet, ifølge Ragnar Kristoffersen. Han er forsker ved Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS), og har gjort tallene tilgjengelige for meg. Tallene er kompliserte og vanskelig å gjøre rede for, samtidig som det knytter seg enkelte metodiske problemer til dem. Det viktigste for min undersøkelse er likevel at denne typen isolasjon ut fra disse tallene å dømme er utbredt, også på fengslene der mine informanter jobber.

<sup>66</sup> Rammene for varetekstoppholdet er angitt i straffeprosessloven og straffegjennomføringsloven, mens det er politi og påtalemyndigheten som fremmer en anmodning om varetektsfengsling for Tingretten. Denne tar så avgjørelsen om varetekt og avgjør tidsramme og kontrollnivå (Kriminalomsorgen 2009b).

2007 satt i fengsel, var 664 av disse i varetekt (SSB 2009). Ifølge SSB var dette en økning på 16 prosent fra året før, samtidig ble varetektsoppholdene lengre. Om lag hver fjerde av de drøyt 12.500 innsettelsene gjennom året var varetektsfengsling, andelen er omtrent lik de tre foregående årene (*ibid.*). Halvparten av nye varetektsinnsatte var ilagt en eller flere restriksjoner ved innsettelsestidspunktet (Kriminalomsorgen 2008:6)<sup>67</sup>.

I tillegg til disse isolasjonsformene kommer selvvalgt isolasjon, som ikke er uvanlig. Varetektsfanger *uten* restriksjoner kan ha samvær med medfanger og delta i aktiviteter. Likevel er også disse mye isolert på cella i mangel på tilbud om arbeid eller skole før dom (Hellevik 2001:23). Varetektsfanger *med* restriksjoner har liten mulighet for bevegelse, arbeid og sosial omgang. I en undersøkelse av disse i Oslo fengsel gikk det også fram at uverdige luftforhold gjorde at flesteparten ikke benyttet seg av lufttilbudet (luftingen foregår i et bur på taket). Konsekvensen var at disse varetektsfangene satt inntil 24 timer på cella med unntak av sporadiske fritidsaktiviteter (Danielsen og Hansen 2002: 46).

## 3.2 Kunnskap om fangebefolkningens helse og helsemessige konsekvenser av isolasjon

Konklusjonene fra forskning på fangebefolkningens helse både i Norge og internasjonalt synes relativt samstemte på en del områder. Fangebefolkningen er en spesielt utsatt gruppe når det kommer til helse, både fysisk og psykisk sykdom er mer utbredt enn i befolkningen ellers. Blant annet er rusavhengighet svært utbredt, kronisk sykdom er mer utbredt og alvorlig, samtidig som det er en opphopning av levekårsproblemer som ofte henger sammen med dårlige oppvekstforhold<sup>68</sup>. Psykiske og psykiatriske lidelser er mer utbredt blant fanger enn i befolkningen for øvrig<sup>69</sup>. Friestad og Hansen poengterer at fengslingen for noen fanger bidrar til bedret allmenntilstand, mens den for andre opprettholder eller forsterker deres

---

<sup>67</sup> Av disse var 533 personer (17 prosent) ilagt fullstendig isolasjon ved innsettelsestidspunktet, 138 personer (4,3 prosent) var ilagt delvis isolasjon ved innsettelsestidspunkt (Kriminalomsorgen 2008:6) Også når det kommer til isolasjonstypene ved varetekt er det vanskelig å gi en enkel og korrekt redegjørelse for omfanget av og lengden på dem. Men en internoversikt over avsluttede varetekter inndelt etter 22 ulike restriksjonsvarianter, viser at restriksjoner er utbredt, men at de fleste er avsluttet etter to måneder. Likevel satt totalt 120 personer med restriksjoner fra to måneder til ett år i 2006, 210 i 2008. Dette viser en opptelling fra rapportene "Avsluttede varetekter – restriksjonstyper/varighet" rapport 7-3, periodene 01.01.06-31.12.06 (skrevet ut av R. Kristoffersen 23.02.07) og 01.01.08-31.12.08 (skrevet ut av R. Kristoffersen 15.01.09). Mangelen på statistikk over bruk av isolasjon i varetekt er for øvrig påklaget av FNs torturkomité (CAT 2008:3).

<sup>68</sup> Dette er kjente helseproblemer, som beskrives på ulike måter i en rekke både norske og internasjonale studier. For god oversikt over levekår i fangebefolkningen i Norge, se Friestad og Hansen 2004 og Skarðhamar 2002.

<sup>69</sup> For undersøkelser av psykisk helse i norske fengsler, se Gamman og Linaker 2000, Rasmussen m.fl. 2001, Langeveld og Melhus 2004, Hartvig og Østberg 2004 og Kjelsberg m.fl. 2006. Undersøkelsene til Skarðhamar 2002, Friestad og Hansen 2004 og Hartvig og Kjelsberg 2005 berører også psykisk helse.

helseproblemer. Samtidig oppsummerer de at de omfattende problemene med psykiske plager ”kan både tilskrives generelt problematiske livsbetingelser, men kan også knyttes til soningsrelaterte forhold, og da særlig til isolasjon. Resultatene våre viste at de som soner atskilt fra fellesskapet er preget av tyngre psykisk symptomtrykk enn de som ikke er underlagt slike restriksjoner.” (Friestad og Hansen 2004:83) Skarðhamar finner det samme (2002:88-89).

Noen av undersøkelsene på helsemessige konsekvenser av ulike isolasjonsformer er vanskelige å sammenlikne. Men det er en utbredt oppfatning at å sitte i varetekt, og særlig isolasjon, er en stor påkjenning<sup>70</sup>. Historikeren Peter Scharff Smith har laget en kunnskapsoversikt over den omfattende forskningen på feltet, og deler symptomene beskrevet i den internasjonale litteraturen i fem til dels overlappende kategorier (P.S.Smith 2006). De er a) fysiske symptomer og reaksjoner (hodepine, uregelmessig hjerterytme, økt puls, magesmerter, muskelplager i rygg og nakke, smerter i brystet, fordøyelsesbesvær, vekttap), b) forvirring og svekket konsentrasjon (konsentrasjonsproblemer, forvirrede tankeprosesser, hukommelsestap), c) hallusinasjoner, illusjoner og paranoide ideer (hallusinasjoner og persepsjonsforstyrrelser, paranoia, opplevelse av å høre stemmer og å snakke med seg selv, voldelige og aggressive fantasier), d) følelsesmessige reaksjoner og impulsive handlinger (depresjon og angst, panikktilstand, problemer med impulskontroll, voldelige reaksjoner og selvskade) og e) kronisk tretthet, reduserte kognitive funksjoner/sløvhet, apati, søvnvansker, selvmordstanker (P.S.Smith 2006:488-493).

Forskningen er opptatt av at symptomer endres og utvikles over tid, men det er uenighet om plagene vedvarer eller opphører når isolasjonen avbrytes<sup>71</sup>. Man finner også at individuelle reaksjoner og mestringsstil kan variere veldig<sup>72</sup>. Blant annet derfor er det vanskelig å gi noen evaluering av graden av skadelige symptomer som følge av isolasjon generelt (P.S.Smith 2006:493, Koch 1988). Noen mennesker takler isolasjonen mye bedre enn andre. Likevel, den overordnede konklusjonen må ifølge P.S.Smith være at isolasjon skaper helseproblemer for et betydelig antall fanger (P.S.Smith 2006:503). Negative helseeffekter kan oppstå etter bare noen dager i isolasjon, og helserisikoen stiger for hver dag som går (P.S.Smith 2006:495). Undersøkelser av varetekstfanger på restriksjoner og

---

<sup>70</sup> Selvmordstallene i norske fengsler sier noe om dette. Tre fjerdedeler av de 57 fangene som tok sitt eget liv i norske fengsler i perioden 1956-oktober 1991 satt i varetekt (Hammerlin 2000:29).

<sup>71</sup> Se for eksempel Jørgensen 1990, Koch 1983, Koch og Petersen 1988, Grassian 1983, Andersen m.fl. 2000, Gamman 2001.

<sup>72</sup> Om mestringsvariasjon blant varetekstfanger i Norge, se Mortensen m.fl. 2000.

isolerte i Norge finner mye av det samme som den internasjonale litteraturen<sup>73</sup>. 79 prosent av varetektsfanger under restriksjoner i Oslo fengsel mente at varetektsoppholdet hadde påvirket deres psykiske helse, de aller fleste negativt (Danielsen og Hansen 2002:51) Gamman (1995:2243) opplevde i sin undersøkelse at plagene var vanskelig å behandle mens isoleringen pågikk.

Oppfatningen av at isolasjon – og da særlig isolasjon av varetektsfanger – gir negative effekter på psykisk og fysisk helse, er ikke kontroversiell. Både norske helse- og fengselsmyndigheter tar utgangspunkt i at det er knyttet særlige belastninger og skader til varetektsfengsling i isolasjon<sup>74</sup>.

### 3.3 Debatt rundt bruk av isolasjon

Jeg ble først oppmerksom på de *legeetiske* problemene knyttet til isolasjon da jeg leste om dem i *Faglig veileder for fengselshelsetjenesten* (Helsedirektoratet 1987). Siden har jeg undersøkt i både mediearkiv, eldre tidsskrift og internasjonale forskningsdatabaser for å få overblikk over argumenter og aktører i debatten om isolasjon, samt legeetiske dilemmaer i fengsler, og i hvilken grad debatten kan ha vært synlig for fengselsleger. Materialet herfra er enormt, en redegjørelse krever en egen oppgave. For meg har det likevel vært en bekreftelse på at det ikke er fåfengt, men utbredt, å anse legeetikk eller helsearbeid som et relevant aspekt ved isolasjon, både i Norge og internasjonalt.

I massemedier og ulike fagtidsskrifter er det de kritiske stemmene en hører tydeligst når temaet er utbredelsen av varetekt og isolasjon i Skandinavia. Aktørene er mange, enkelte av stemmene er personer som selv reiser spørsmål ved forhold på sin arbeidsplass. De kritiske innvendingene hviler på de kjente negative helsemessige konsekvensene av isolasjon. Forskning som synliggjør disse, inngår i debatten. Både en del av forskningen, og debattinnlegg som skrives på bakgrunn av kliniske erfaringer, reiser også etiske spørsmål rundt praksisen og helsearbeideres forhold til den. Mer kriminalpolitisk orienterte aktører setter ofte helsekonsekvenser i sammenheng med menneskerettigheter og rettssikkerhet. For

---

<sup>73</sup> Den tidligere fengselslegen Tor Gamman har gjort to medisinske studier av varetektsfanger i Norge, der han viser helserisiko ved isolasjon (Gamman 1995 og 2001). En del av de fysiske og psykiske problemene Gamman beskriver, finner en igjen i det fanger forteller i andre undersøkelser om isolasjon i norske fengsler (se Hellevik 2001, Danielsen og Hansen 2002, Finstad og Gjetvik 1990).

<sup>74</sup> Se blant annet paragraf 2 i straffegjennomføringsloven (i Storvik 2003:26), "Rundskriv Fst 6/97 Behandling av varetektsinnsatte – herunder særlige tiltak for varetektsinnsatte ilagt restriksjoner" (gjengitt i Gamman 2001:43-44) og Helsedirektoratets Faglige veileder for Fengselshelsetjenesten fra 1987 (Helsedirektoratet 1987).

eksempel hevdes det at helseskadene virker som et sterkt press på den siktede til å tilstå (KROM 1992:13, P.S.Smith 2005:6). Om det ikke er intendert eller uttrykt, opplever mange fanger det selv<sup>75</sup>. Det er når lidelsene framtvinger informasjon som fangen ellers ikke ville gitt, at tortur-begrepet bringes på banen<sup>76</sup>. De som taler for isolering (ofte politiet og justismyndigheter i forbindelse med kriminalsaker)<sup>77</sup>, motsier ikke de helseskadelige effektene. Argumentet er at isolasjon er et nødvendig onde. Det er *legens rolle* i denne praksisen Helsedirektoratet problematiserte i 1987 (Helsedirektoratet 1987).

Etiske utfordringer for helsepersonell i tvangsinstitusjoner har eksistert som tema i faglige publikasjoner gjennom mange år internasjonalt. De senere årene har medisinsk etikk blitt aktualisert med legers arbeid i amerikanske fengsler i Irak og Afghanistan og på Guantanamo-basen på Cuba<sup>78</sup>. Debatten rundt isolasjon av varetektsfanger (og helsepersonellens rolle) handler derimot om Skandinavia, ettersom varetektsisolasjon sjelden brukes i andre europeiske land (Morgan 1999:203). Det er "et skandinavisk fenomen" (P.S.Smith 2005:4, Morgan 1999:203). Debatten har vært særlig sterk i Danmark<sup>79</sup>, men også i Norge har den blusset opp med jevne mellomrom siden 1980-tallet. Isolasjon har gjerne blitt tema i den medierte offentligheten i forbindelse med internasjonal kritikk av Norge<sup>80</sup>. Under intervjuene har jeg forsøkt å finne ut hvorvidt debatten har vært relevant for fengselslegene, og hvordan de selv vurderer de legeetiske aspektene ved isolasjon. Jeg har ansett debatten som en potensiell ressurs for legenes oppmerksomhet i arbeidet.

---

<sup>75</sup> Se for eksempel CPT 2006:29, Danielsen og Hansen 2002:36, Lunde 1997:199-200, Finstad og Gjetvik 1990:35.

<sup>76</sup> Den engelske jussprofessoren Rod Morgan, som har assistert Europarådets torturkomité (CPT), skriver i artikkelen "Moderate Psychological Pressure – the Scandinavian Way?" (1999) at skandinavisk og norsk isolasjonspraksis ikke i teorien, men i praksis fungerer som tortur i den forstand at lidelsene er veldokumenterte og godt kjent blant myndighetene, og at de ofte frambringer bevis eller informasjon. Morgan sammenlikner praksisen med den israelske bruken av såkalt "moderat fysisk press" som ble kjent ulovlig i Israel i 1999 (se Morgan 1999). Se også Koch 1983:34-35.

<sup>77</sup> Se også Andorsen 1984.

<sup>78</sup> Se Annas 2005 og Clark 2006.

<sup>79</sup> I 1977 ble dansk isolasjon "gjenoppdaget" etter år med ubestridt bruk, og tiår med opphetet debatt fulgte (Koch og Petersen 1988 i P.S.Smith 2006:445). En rekke aktører opptrådte i riksdekkende aviser, og etter hvert kom også kritikken fra Amnesty International, FN og Europarådet (P.S.Smith 2006:445), foruten legeforeningen, presteforeningen og psykologforeningen i Danmark (Koch 1983:29). Dansk Retspolitisk forening opprettet den tverrfaglige isolasjonskritiske pressgruppen "Isolationsgruppen" i 1978 (Koch m.fl. 2003:312-313). Deres dokumentasjon ble bekreftet i et større forskningsprosjekt av skadevirkninger av varetektsisolasjon som ble satt i gang i 1990 (Koch m.fl. 2003:315). Danmarks justisminister initierte forskningen, den såkalte "Isolationsundersøgelsen" fra 1994 og "Efterundersøgelsen" fra 1997 (Hammerlin 2001:17-18, P.S.Smith 2005:6). I Norge har særlig Amnesty International og den kriminalpolitisk orienterte foreningen Norsk forening for kriminalreform (KROM) markert seg kritisk.

<sup>80</sup> Kritikken har gjentatte ganger kommet fra FNs og Europarådets torturkomiteer (kalt CAT og CPT). Isolasjonskritikken har vært et gjennomgangstema i alle rapportene fra inspeksjonene som ble foretatt i Norge i 1993, 1997, 1999 og 2005 av CPT (The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, se CPT 1994, 1997, 2000, 2006). I 1999 fant kommisjonen journaler som beviste at restriksjoner forårsaket skade eller sykdom. I den siste rapporten fra besøket i 2005 er CPT fortsatt bekymret for isolasjon, både av varetektsfanger og domfelte (CPT 2006). FNs torturkomité ytret bekymring for bruk av isolasjon under varetekt i 2002 (CAT 2002), og ytret i 2008 bekymring for mangelen på statistikk som kunne bekrefte effektiviteten av isolasjonen (CAT 2008).

### 3.4 Et kart over landskapet rundt fengselslegene

Jeg har så langt avklart noen viktige aspekter ved fangenes soningsforhold ved isolasjon og helseproblemer som er en del av rammen for fengselslegens arbeid. Ut fra det skriftlige materialet jeg har basert redegjørelsen i dette kapitlet på, må det også sluttet at ulike former for isolasjon eksisterer, og at negative helsemessige konsekvenser er veldokumentert og anerkjent. Mye av kritikken av bruk av isolasjon hviler på helsefaglige argumenter, og arbeid med isolerte kan forventes å være en del av fengselshelsearbeideres hverdag.

For å forstå hvordan legenes arbeid er styrt og koordinert ovenfra, blir det også viktig å identifisere de institusjonelle aktørene. Jeg ser særlig legeprofesjonens organisasjon og helsemyndigheter som viktige. Den norske legeforening er viktig gjennom sin sterke organiseringsgrad, og at de selv forvalter profesjonens medisinske kunnskap og legeetikk, ”Etiske regler for leger”<sup>81</sup>. Slik er Legeforeningen mer enn ”bare” en fagforening. I Legeforeningen hadde både Rådet for legeetikk og Menneskerettighetsutvalget vist interesse for fengselslegenes arbeidssituasjon på datainnsamlingstidspunktet. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* hadde også sporadisk publisert lederartikler, intervjuer, aktualitetsartikler, debattinnlegg, spørsmål til Rådet for legeetikk og Menneskerettighetsutvalget, samt vitenskapelige artikler fra forskning på helse i fengsler. Alle medlemmer av Legeforeningen får tilsendt tidsskriftet.

Sosial- og helsedirektoratet (2004:8), heretter omtalt som SHdir<sup>82</sup>, beskriver fordelingen av ansvar og oppgaver for helsetjenesten i norske fengsler: *Helse- og omsorgsdepartementet* har det overordnede ansvaret for helsetjenesten. *SHdir* skal blant annet iverksette nasjonal politikk, gi faglige råd og være et kompetanseorgan. Det konstitusjonelle ansvaret for deres arbeid ligger hos helse- og omsorgsministeren. *Statens helsetilsyn* skal føre faglig tilsyn med helsevesenet i landet, mens helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og helsepersonell i fylket. *Kommuner med fengsel* har administrativt og faglig ansvar for primærhelsetjenesten i fengselet (SHdir 2004:8). Det er

---

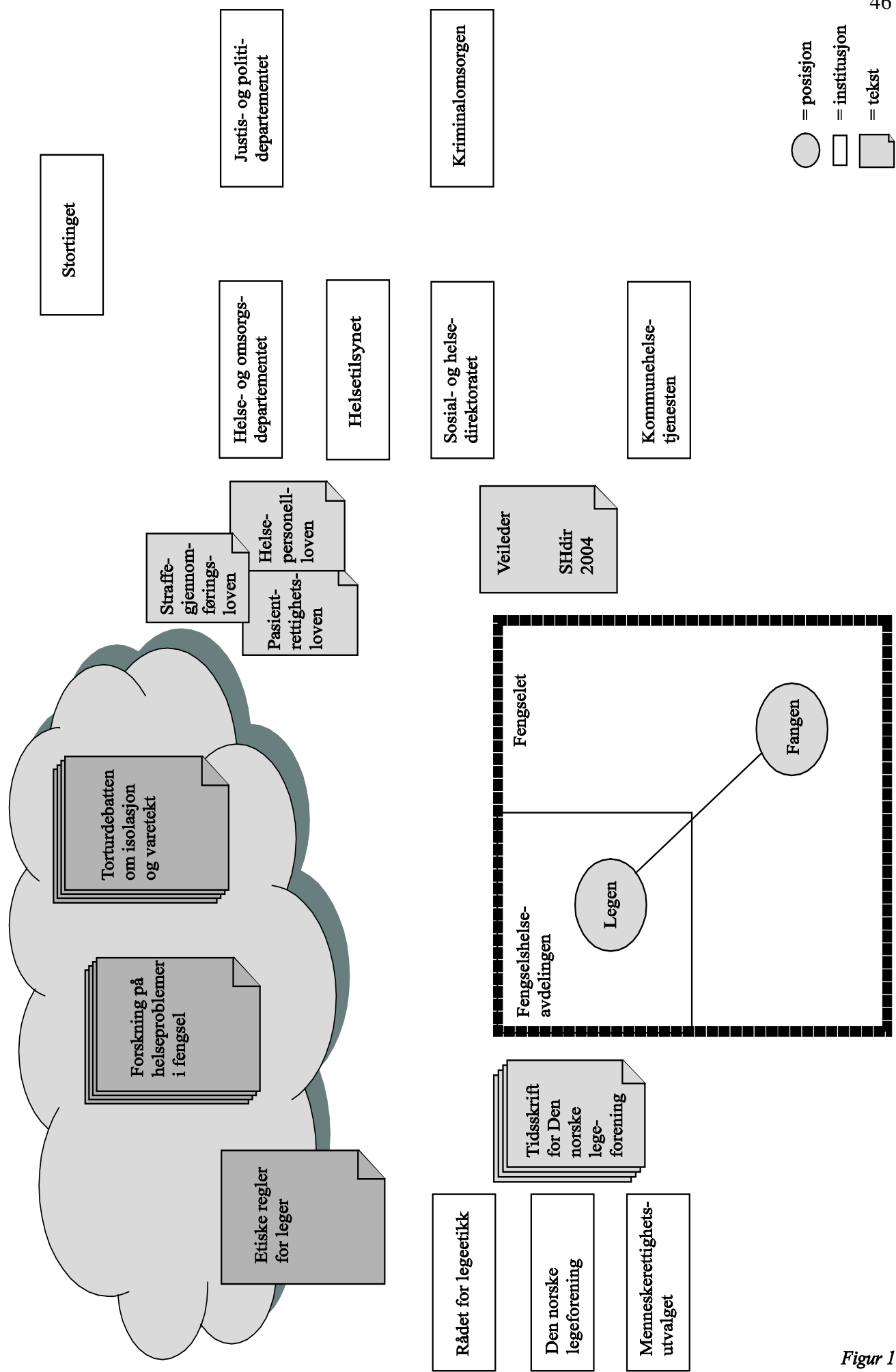
<sup>81</sup> Reglene finnes på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no), se Den norske Legeforening 2002. Reglene forplikter alle medlemmene i Legeforeningen, og inneholder både generelle og mer spesifiserte regler. Reglene starter med grunnleggende formuleringer som ”§ 1 En lege skal verne menneskets helse. [...] Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter [...]”. Reglene kan tolkes ulikt, og de kan brytes. I Legeforeningen er det *Rådet for legeetikk* som har det siste ordet i etiske spørsmål, de behandler klager og utreder prinsipielle spørsmål.

<sup>82</sup> Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) skiftet navn tilbake til Helsedirektoratet i 2008. Videre i oppgaven vil jeg henvise til ”SHdir” der det handler om kontakt eller aktivitet som foregikk mens direktoratet hadde dette navnet. Henvisninger til aktiviteter eller personer i direktoratet etter navneskiftet, gjøres til ”Helsedirektoratet”.

*Kriminalomsorgens* ansvar at helsetjenesten har egnede lokaler og innredning (SHdir 2004:11). Om *den enkeltes ansvar* stiller Helsepersonelloven (kapittel 2) krav til hver enkelt helsearbeider og deres yrkesutøvelse, blant annet om å utføre sitt arbeid på faglig forsvarlig måte (SHdir 2004:12).

Det er en rekke lover og forskrifter som kan være aktuelle for fengselshelsetjenestens virksomhet. Den viktigste teksten som beskriver fengselshelsetjenestens oppgaver og utfordringer spesielt er SHdirs veileder fra 2004, som jeg analyserer nærmere i neste kapittel.

Mine forventninger til hva legenes arbeid går ut på, og hvilke føringer og motsetninger som ligger i deres hverdag, er basert på mange av tekstene som ligger til grunn for dette kapitlet. Kapitlet er på samme tid en forforståelse og et foreløpig bilde av landskapet rundt legene *sett utenfra*. Jeg antar at forhold knyttet til fangene hverdag og eventuelle isolasjon, kunnskap om deres helse, debatten om bruk av isolasjon, institusjoners arbeid med fengselshelse samt lovtekster, kan tre inn i og påvirke legenes arbeid. Denne oppfatningen er tegnet som et kart med posisjoner, institusjoner og tekster (figur 1). Samspillet mellom disse undersøkes videre i oppgaven. Særlig er intervjuene planlagt for å kartlegge koplingene mellom legene og posisjonene/institusjonene, og tekstenes rolle, empirisk.



Figur 1



## 4. Stillheten der oppe

Å lete etter veiledende tekster, råd eller holdninger til hvordan legene bør forholde seg til isolasjon der de arbeider, gir lyden av de tause tekstenes tale. Det er stille rundt temaet både hos helsemyndighetene og i Legeforeningen. Jeg trodde det skulle være enkelt, men det var frustrerende arbeid å gå inn i feltet for å finne informasjon i forkant av intervjuene. Jeg har kommet fram til at det jeg *ikke* fant i tekstene og institusjonene forteller en egen historie, som jeg skal vise i dette kapitlet.

La meg klargjøre for leseren at jeg ikke er ute etter å kritisere eller ”avsløre” enkeltpersonene jeg har vært i kontakt med verken i Legeforeningen eller hos norske helsemyndigheter. Hva enkeltpersoner er opptatt av, vet og ikke vet, forteller noe om organiseringen av kunnskap i en statlig eller sivil politisk organisasjon og er således strukturelt – om enn ikke determinert. Det gir også et innblikk i institusjonell praksis ”på toppen”, altså øverst i hierarkiene som i høy grad koordinerer legenes arbeid. Bildet som avtegner seg her, kan være viktig for forståelsen av legenes erfaringer i hverdagen.

### 4.1 Legeprofesjonens organer vender blikket ut av Norge

Etter 1987<sup>83</sup> har ikke Rådet for legeetikk offentliggjort uttalelser som spesifikt handler om fengselslegers rolle, eller tatt initiativ til å reise en generell diskusjon rundt legeetikk i fengslene i Legeforeningen. Det er også få spor etter en debatt om isolasjon og fengselshelse i andre organer i foreningen. I *Tidsskrift for Den norske Legeforening* har enkelte leger og psykiatere tatt opp medisinske og etiske problemstillinger ved isolasjon i fengselet<sup>84</sup> eller bruk av sikkerhetscelle<sup>85</sup> i forbindelse med presentasjon av undersøkelser eller i debattinnlegg. ”Hvordan skal legene forholde seg til en slik måte å behandle mennesker på som representerer en helsemessig risiko?”, spør Dalgard (1995) i en kommentar til en da nypublisert artikkel i tidsskriftet om uheldige helsemessige effekter av isolasjon med data fra Norge. Det går nær ti år før temaet diskuteres i tidsskriftet igjen. Da skjer det i forbindelse

---

<sup>83</sup> Fram til og med 2007. Datainnsamlingen var i all hovedsak avsluttet i begynnelsen av 2008, og jeg har derfor ikke tatt med aktiviteter i Legeforeningen etter dette. Foreningens interesse for fengselshelse har økt i 2008, noe jeg kommer tilbake til. Det viktige her er likevel hvordan det var da jeg intervjuet informantene.

<sup>84</sup> Dalgard 1995:2233, Gamman 1995:2243-6.

<sup>85</sup> Stang m.fl. 2003:1844-6, samt lederartikkel av Rasmussen 2003:1821.

med at Menneskerettighetsutvalget i foreningen lanserer et nettbasert kurs for fengselsleger på engelsk, og presidenten i Legeforeningen, Hans Kristian Bakke, skriver under vignetten ”Aktuelt i foreningen” om fengselslegens utfordringer. Bakke påpeker at det er mangelfull opplæring knyttet til fangers rettigheter og behov for bedring av helsetjenester for fanger både i Norge og internasjonalt. Han skriver blant annet at ”Fengselslegen har også et ansvar for å hindre at tortur og andre overgrep finner sted. I land der det foregår tortur kan fengselslegen bli tilkalt for å undersøke hva fangen kan tåle av påkjenninger (...) eller hvor lenge personen kan sitte i isolasjon” (Bakke 2004:2669). I kommentaren trekker presidenten fram Abu Graib-fengselet i Irak og krigen i Afghanistan som de mest aktuelle sakene i den senere tid. Kurset lanseres altså først og fremst som et svar på forhold internasjonalt. Når presidenten i Legeforeningen skriver om Norge, er det i kontrast til dårlige forhold i andre land. Han påpeker at utfordringene i Norge har mange problemstillinger av samme karakter som i utlandet, men nevner ikke isolasjon som tema her i landet. En får inntrykk av at Legeforeningen anser etiske utfordringer knyttet til isolasjon og menneskerettigheter først og fremst som en internasjonal problemstilling<sup>86</sup>. Inntrykket bekreftes når en henvender seg til sentrale organer i Legeforeningen.

I 2003 tok jeg kontakt med Legeforeningens informasjonsavdeling, Legeforeningens menneskerettighetsutvalg, Rådet for legeetikk, samt Leger uten grenser, og spurte om jeg kunne få artikler eller annet materiale fra diskusjoner om isolasjon og legeetikk i fengsel i deres organisasjoner i Norge. Flere jeg snakket med uttrykte at det var et vanskelig og viktig spørsmål jeg tok opp<sup>87</sup>, men de mente at problematikken ikke hadde vært diskutert særlig mye blant leger i Norge. De hadde ikke noe skriftlig materiale å gi meg. I 2007 tok jeg på nytt kontakt med Rådet for legeetikk. Rådet henviser til menneskerettighetsutvalget på spørsmål om foreningens arbeid med fengselsleger<sup>88</sup>. Menneskerettighetsutvalget har særlig engasjert seg i tidligere Jugoslavia, Tyrkia og Kina, og står bak det nevnte nettkurset ”Doctors working in prison: human rights and ethical dilemmas”<sup>89</sup>. Et uttalt mål med kurset

---

<sup>86</sup> Under lanseringen av kurset i 2004, knyttet presidenten mangel på informasjon til totalitære regimer: ”I totalitære regimer med begrenset ytringsfrihet vil leger sannsynligvis ikke ha adgang til trykt informasjon om rettigheter og plikter for leger og innsatte. Internett kan være en kanal som kan bidra til informasjon som ellers kan være vanskelig å spre.” (Den norske legeforening 2004a). Fengselsleger erfaring med denne typen informasjon i Norge behandles i kapittel 5.

<sup>87</sup> Jeg henviste blant annet til uttalelsen fra Rådet for legeetikk i 1987 som er omtalt i delkapittel 1.2.

<sup>88</sup> I telefonsamtale med Rådets mangeårige leder Trond Markestad 23.02.07.

<sup>89</sup> Kurset er på engelsk. Ifølge Den norske legeforening (2004a) er det utviklet i samarbeid med andre legeforeninger og internasjonale menneskerettighetsorganisasjoner, med økonomisk støtte fra Utenriksdepartementet. Formålet med kurset beskrives slik “The objectives of the course are to present relevant international statements regulating medical treatment of prisoners, and to raise the prison doctors’ awareness on their role in various areas of conflicting interests between the

er å bevisstgjøre fengselsleger på egen rolle på ulike områder der det er interessekonflikter mellom fangen (pasienten) og fengselet. Kurset skal avhjelpe et generelt mangelfullt tilbud om opplæring av fengselsleger, og brukes ifølge Menneskerettighetsutvalgets sekretær også av fengselsleger i Norge<sup>90</sup>.

Etiske spørsmål knyttet til isolasjon i Norge er over tid reist av enkeltpersoner som jobber i fengslene, uten at Legeforeningen har engasjert seg i det etter 1987. Mot dette har sykepleierne tatt til orde for at varetektsfengsling og isolasjon reiser etiske dilemmaer på arbeidsplasser i Norge, så holdningen er ikke helt den samme blant de involverte profesjonsgruppene. Under tittelen ”Sykepleie og tortur” i medlemsbladet *Sykepleien* skriver Mathiesen (2001) på lederplass: ”Når det gjelder sykepleiernes innsats i forhold til de varetektsfengslede, kommer de etiske aspektene enda tydeligere til syne. Er sykepleierne med på å tilsløre konsekvensene av varetektssystemet? Bistår sykepleierne indirekte politiet[...], eller opptrer sykepleierne bare som barmhjertige hjelpere?” Han avslutter: ”Det er konfliktfylt å forholde seg til sykepleie og tortur, særlig når dette skjer i vårt eget land.” Her blir altså varetektsfengsling definert som en etisk utfordring for helsearbeidere i Norge. Varetektsfengsling settes ikke bare i sammenheng med det sterke begrepet ”tortur” – det plasseres også som noe som foregår i Norge. Å forstå bakgrunnen for at så ulike oppfatninger kommer til uttrykk i de respektive medlemsbladene, krever grundigere undersøkelser enn mine. Men det kan i det minste konstateres at ulike deltakere i helsevesenet kan oppfatte dette på forskjellige måter.

## 4.2 Temaet forsvinner i tekstene fra norske helsemyndigheter

Det viktigste dokumentet for styring av helsetjenestetilbudet til fanger i Norge, er *Helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel*, en veileder utgitt av SHdir (2004). Denne skal gi informasjon om tilbudet, gi råd knyttet til særlige utfordringer tjenesten har, samt beskrive sentrale ansvarsforhold (Larsen 2004:1). Veilederen er ikke juridisk bindende, men SHdir gir i forordet uttrykk for at det forventes at den følges. I denne oppgaven forstås veilederen som den viktigste teksten som styrer daglig helsearbeid ute i fengslene. Veilederen forteller noe

---

prisoner (patient) and the prison administration, for example during hunger strikes, the patient's right to confidentiality, certifying prisoners for special punishment etc.” (Den norske legeforening 2004b).

<sup>90</sup> Dette opplyste sekretær Bjørn Oscar Hoftvedt om i telefonsamtale 28.02.07. Jeg kommer tilbake til informantenes erfaringer med dette kurset i analysen.

om hva ansvarlige helsemyndigheter anser som viktig informasjon og råd til personer som direkte eller indirekte er involvert i fengselshelsearbeidet. Slik inngår veilederen som et viktig dokument for å forstå styringsrelasjonen mellom det politisk institusjonelle nivået og legenes arbeid. Hvordan denne koplingen – eller tekstlige koordineringen – fungerer i praksis, er et empirisk spørsmål for denne oppgaven. Før jeg behandler det i senere kapitler, vil jeg her si noe om teksten for seg.

Veilederen fra 2004 er en revisjon av ”Faglig veileder for Fengselshelsetjenesten” som Helsedirektoratet ga ut i 1987. Den nye veilederen skiller seg fra den gamle både i omfang, stil og innhold. Den har om lag halvparten så mange sider, den er langt mindre detaljert i beskrivelser av oppgaver, organisering, tjenester, kategorier av fanger og personell osv., og flere temaer er helt borte. Noen av endringene er store, og noen endringer er i seg selv direkte relevante for denne oppgavens problemområde. Mest vesentlig er at punkter som konkret omtaler pasienter underlagt isolasjonsrestriksjoner er borte i den nye versjonen. Videre vil jeg forsøke å vise hva disse endringene innebærer i seg selv og for min undersøkelse, og hva tekstene sier om fengselshelsearbeid på høyere institusjonelle nivåer.

#### **4.2.1 Varetektsfanger utpekes ikke lenger som særlig belastet gruppe**

Med unntak av disiplinærsaker, står det ingen ting i den nye veilederen om hvilke oppgaver legen har overfor isolerte straffedømte eller mer eller mindre isolerte varetektsfanger<sup>91</sup>. Ordene isolasjon, isolert eller restriksjon er ikke brukt i den nye veilederen. Det finnes heller ikke lenger egne punkt om varetektsfanger og helsearbeid overfor dem. Ei heller retningslinjer for hvor mye og hva slags oppfølging/tilsyn de skal få av helsetjenesten. Det eneste som er nevnt i veilederen gjelder fanger en tror lider fysisk eller psykisk som en følge av *disiplinærsak*. Helsetjenesten skal blant annet ”følge med på den innsattes helsetilstand så lenge tiltaket pågår” (SHdir 2004:21). Dette gjelder altså for straffedømte som etterforskes for eller har blitt idømt disiplinærstraff inne i fengselet, og ikke varetekstfengslede med restriksjoner eller fanger som isolerer seg selv. Utelukkelse fra fellesskap som

---

<sup>91</sup> Det eneste som står spesifikt om varetekt, er punktet ”3.2 Varetekt” på 4,5 linjer, som omhandler varetektsinnsattes rett til å la seg behandle av sin fastlege/private lege (side 13). Under punktet ”1.2.1 Fengselskategorier” nevnes det også at i 2003 ”ble til enhver tid 22% av alle fengselsplasser benyttet til varetekt” (s. 3). Og videre i det påfølgende punktet ”1.2.2 Særtrekk ved fengselspopulasjonen” står det at ”Varetekt utgjør ca. en tredjedel av alle nyinnsettelse” (s. 4). Ellers er varetekt nevnt i fire mindre avsnitt som omhandler bruk av legemidler (s. 16), behandling med metadon eller buprenorfin (s.17), utgifter til tolketjeneste (s. 23) og utgifter til vakthold ved innleggelse i somatisk eller psykiatrisk sykehus (Vedlegg 1, s. 25).

”forebyggende tiltak” og ved bygningsmessige eller bemanningsmessige forhold, eller bruk av sikkerhetscelle, faller også utenom dette.

Endringene innebærer også at den nye veilederen generelt sett retter mindre oppmerksomhet mot personer som sitter isolert og/eller i varetekt, som forfatterne av veilederen av 1987 mente satt under særlig belastende forhold. I et eget punkt om varetekstfengslede, skriver de: ”Den akutte fengselssituasjonen vil være en belastning for alle varetektsinnsatte. Men særlig for dem med brev- og besøksrestriksjoner vil situasjonen representere en stor psykisk belastning, så vel pga. isolasjon 24 timer i døgnet, som pga. usikkerhet om utfallet av etterforskningen, samt redusert eller ingen kontakt med pårørende.” (Helsedirektoratet 1987:8). Slike påpekninger er tatt ut av den nye veilederen.

For denne undersøkelsen betyr dette at jeg må lete andre steder for å finne ut hva som er gjeldende regler i dag. Straffegjennomføringsloven sier mer enn veilederen om varsling og tilsyn av helsepersonell, men ikke hva som er rutine på helseavdelingene og hvor disse eventuelt finnes.

#### 4.2.2 Generelt en annen tone fra direktoratet

Å lese den nye veilederen opp mot den gamle, er som å lytte til to ulike stemmer. En finner en rekke eksempler på at ”tonen” er en annen, selv om enkelte formuleringer og poenger også er like.

Generelt er den gamle veilederen mer konfliktorientert enn den nye, i den forstand at den tar opp prinsipielle og praktiske aspekter ved motsetninger mellom helsepersonell og fengselet oftere og mer konkret. Dette viser seg særlig ved at det tidlig og gjennomgående presiseres at helsepersonalet skal ha en fri og uavhengig stilling overfor fengselsmyndighetene, være ”de innsattes advokat i spørsmål som angår helse” og ”bistå med å ’forsvare’ eller ’ta vare på’ de innsattes helsemessige interesser”<sup>92</sup>. Advokatbegrepet er ikke brukt i den nye veilederen. Også konkrete tiltak for å beholde faglig uavhengighet er borte. Den gamle veilederen argumenterer over en side for ønsket om innføring av deltidsarbeid for alle (mot heltid), som en konkret løsning på utfordringer mot blant annet nøytrale vurderinger og den faglige uavhengigheten overfor ansatte og fengselsledelsen (se Helsedirektoratet 1987:41). Opp mot dette sier direktoratet i den nye versjonen dette om omsorgsrollen og spesielle utfordringer:

---

<sup>92</sup> Helsedirektoratet 1987:2. Dette gjentas ofte gjennom dokumentet, bare advokatbegrepet er nevnt på s. 2, 4, 11, 12 og 18.

I tillegg til å diagnostisere og behandle sykdom skal de hjelpe, lindre og trøste innenfor rammer som er hensikten med et fengselsopphold. De skal yte best mulig hjelp til pasientene, samtidig som de skal ta hensyn til de lover og regler som gjelder for fengselet. (SHdir 2004:21)

I dette utdraget er orienteringen mot konflikt og uavhengighet dempet. Det legges vekt på samarbeid og tilpasning, kanskje underordning, til fengselet, dets formål og regler.

I 2004 tar direktoratet fortsatt opp at helsetjenesten og fengselstjenesten har ulike formål og virkemidler som kan komme i konflikt med hverandre, og at den enkelte kan komme i konflikt med sin profesjonsrolle (se SHdir 2004:21). Men slike yrkesetiske og praktiske konflikter er nevnt i generelle termer. De drøftes ikke så detaljert som i veilederen fra 1987, der vanskeligheter med roller og etikk diskuteres spesifikt. Her tegner direktoratet opp problemene, legger fram hva andre instanser mener er riktig, og tar stilling selv.

Den nye veilederen er også mindre opplysende om de juridiske lover og regler, og hvilke begrensninger og muligheter disse gir for helsearbeidere. Den gamle veilederen vier ti sider til å gjennomgå lover og regler som gjelder i fengselet og som kan få betydning for helsepersonellens arbeid (se Helsedirektoratet 1987:42-51), tre sider om fangers trygderettigheter (se Helsedirektoratet 1987:52.54), i tillegg ligger fjorten sider med fengselsreglementsbestemmelser vedlagt (se Helsedirektoratet 1987:VII). I den nye veilederen finnes kun en liste over hvilke lover, forskrifter og rundskriv som er aktuelle (se SHdir 2004:26), og legene må selv finne ut når og hvordan for eksempel straffegjennomføringsloven har betydning for arbeidet deres. Den gamle veilederens interesse for etiske spørsmål poengteres ved at FNs prinsipper for medisinsk etikk i fengsel ligger som et fire siders vedlegg (se Helsedirektoratet 1987:VIII). De er helt borte i den nye veilederen.

Denne gamle veilederen gir også større oppmerksomhet til problemer som ikke direkte er knyttet til helse, men som indirekte vil virke inn på hvordan fangene har det<sup>93</sup>. Samtidig rettes klarere oppmerksomhet mot helsemessige, sosioøkonomiske og kulturelle særtrekk ved fangepopulasjonen.

Mye har altså forsvunnet i revideringen av veilederen. Det gjelder også konkrete krav om bevilgninger og opplæring, og tidvis krass kritikk av den eksisterende tjenesten.

---

<sup>93</sup> Manglende rusbehandling, indre justis, språkproblemer for innvandrere, HIV/aids-problematikk, forverring av psykiske problemer som følge av isolasjon og umyndiggjøring i lukket fengselssystem, blant annet. Se Helsedirektoratet 1987:9.

Direktoratet synes i 1987 å se det som sin oppgave å legge press på staten og kommunene til å forbedre tjenesten og øke bevilgningene. Allerede i forordet fremmes krav om styrking av tjenesten, også økonomisk. Dette gjentas gjennom hele dokumentet<sup>94</sup>. Den gamle veilederen øver også press på bevilgende beslutningstagere ved å gi detaljerte beskrivelser av ressursbehovet, som anbefalt personelldekning (se Helsedirektoratet 1987:II). Alle slike ”kostnadsdrivende” anbefalinger eller krav er borte i den nye veilederen. Vi finner heller ikke igjen den krasse kritikken, som påstander om at tilbudet ikke er adekvat i forhold til gruppas helseproblemer og ”umyndiggjorte livssituasjoner” (Helsedirektoratet 1987:10).

Krav og kritikk kan være borte fordi tilbudet i dag er eller oppleves som tilfredsstillende. Men kombinert med de andre endringene, gir dokumentene et inntrykk av at direktoratet har forandret synet på egen rolle overfor bevilgende/politiske myndigheter. Tonen er både krassere, mer krevende og drøftende på samme tid i den gamle veilederen. Hvorfor er veilederne så ulike? Jeg har stilt spørsmålet i kontakt med personer i Legeforeningen, hos helsemyndighetene og personer som kjenner til arbeidet med den gamle veilederen. Svarene spriker. Direktoratet gir uttrykk for at veilederen er bedre slik og et svar på praktiske endringer<sup>95</sup>, mens andre er mer kritiske og forstår det i lys av økonomiske, organisatoriske eller politiske hensyn. Å forstå prosessene bak slike endringer krever en langt mer omfattende undersøkelse enn jeg har gjort. Jeg tror en analyse av omorganiseringer i statsforvaltningen, og særlig omdefineringen av Helsedirektoratets mandat på 1980- og 90-tallet, kunne gitt noen svar. Men det er ikke en oppgave for dette masterprosjektet. Det kan i alle fall slås fast at direktoratet ikke lenger retter oppmerksomhet mot varetektsfanger, isolasjon og medisinsk etikk slik de gjorde før.

### 4.3 Jakten på instruksene som ble borte

Hvem har ansvaret for varetektsfanger og isolerte, og hvilke arbeidsoppgaver har legene nå? Hvor omtales dette når veilederen etter revisjonen ikke lenger gjør det? For å få svar på disse

---

<sup>94</sup> Se Helsedirektoratet 1987:4, 5, 10, 33 og 41.

<sup>95</sup> I telefonsamtaler med flere personer i Sosial- og helsedirektoratet. Endringene begrunnes slik i veilederens forord: ”En revisjon av tidligere veilederen ”Veileder for Fængselshelsetjenesten 3-87” har vært nødvendig blant annet på grunn av endringer i innsatt-populasjonen og sykdomsbildet hos de innsatte. Ny lovgivning har kommet til, og tidligere lover er endret. Helsetilsynets felles tilsyn i 2001 avdekket også forhold ved helsetjenesten i fængsel som synliggjorde behovet for en ny veileder.”(Larsen 2004:1).

spørsmålene, kontaktet jeg SHdir. Figur 2 under viser hva som skjedde da, og illustrerer samtidig organiseringen av kunnskap ”der oppe”<sup>96</sup>.

Det hele startet med at jeg ringte til SHdir, der jeg ble satt over til en svært behjelpelig ansatt som tipset om en Fafo-rapport og sendte meg veilederen fra 2004. Da jeg så at det ikke lenger sto noe om det jeg var spesielt interessert i, ringte jeg tilbake. Jeg spurte om hvor det finnes rutiner for helsepersonell overfor varetektsfanger og isolerte, og hvem som har ansvar for dem nå som de ikke lenger beskrives i den nye veilederen. Det som fulgte var en liten runddans mellom personer i ulike departementer og SHdir. Av personen i SHdir ble jeg først henvist til politiet, fordi fengselshelsetjenesten ikke skulle ha ansvaret for ikke-domfelte. Jeg syntes det virket merkelig, siden politiet verken er til stede eller kan følge med i fengselet, men det ble insistert på at politiet har ansvar for varetektsfanger. I samtalen ble det også henvist til et rundskriv om varetekt<sup>97</sup>. Jeg refererte deretter til veilederen, der det står at 22 prosent av alle fengselsplasser til enhver tid ble benyttet til varetekt (tall fra 2003 i SHdir 2004:3). Noen har vel ansvaret for helsetilbudet til denne gruppa, spurte jeg. Dermed ble jeg sendt videre til Helse- og omsorgsdepartementet, som tilbød seg å undersøke og kontakte meg igjen. Da jeg ikke hørte noe mer, ringte jeg noen måneder senere tilbake og forklarte at jeg fortsatt ikke hadde funnet ut hvem som har ansvaret for varetektsfanger og hvilke regler som gjaldt. Jeg ble anbefalt å spørre navngitte personer i SHdir og Justis- og politidepartementet. Den første mente at isolasjon ikke lenger var noe problem i Norge, men at helsetjenesten hadde ansvar for alle fanger. Personen anbefalte meg å spørre fengselsinstitusjonene og undersøke i lovverket, og at jeg ringte tilbake til der jeg startet i SHdir. Den andre henviste meg også tilbake til dit.

---

<sup>96</sup> Da jeg kontaktet helsemyndighetene, hadde jeg ingen anelse om at problemene jeg møtte skulle inngå som materiale og være av betydning for oppgaven. Jeg presenterte meg, fortalte at jeg gjorde forberedelser til et masterprosjekt og stilte det jeg trodde var enkle spørsmål. Personene jeg snakket med ble ikke spurt om å delta i undersøkelsen, og ga heller ikke fritt og informert samtykke til noe slik. Jeg har likevel valgt å ta med dette avsnittet, som beskriver hva anonymiserte personer i stillinger i et direktorat eller departement har svart på mine henvendelser. Personene er ikke spurt om sensitiv informasjon, de tilhører på ingen måte svake eller utsatte grupper, og de er heller ikke informanter om egne erfaringer. De har svart på praktiske spørsmål om tekster eller informasjon til en masteroppgave, slik statlige ansatte ofte gjør når personer ikke finner fram i byråkratiet. NESH (2006) gir ikke bestemte forskningsetiske retningslinjer som dekker denne situasjonen. På bakgrunn av alt dette, har jeg valgt å bruke informasjonen her.

<sup>97</sup> Som det framgår av figur 2, kunne ingen hjelpe meg med å finne dette rundskrivet. Jeg har ikke klart å spore opp originalen verken i arkivene til departementene eller hos Riksadvokaten, men det har eksistert (blant annet henviser både Danielsen og Hansen (2002) og Gamman (2001:44) til ”Fengselsstyrets rundskriv nr 6 1997”). Rundskrivene ser ut til å erstatte hverandre, der det er det siste som gjelder. I det siste rundskrivet jeg har funnet, ”Rundskriv nr 4/2006 – varetekt”, står det at det erstatter det forrige rundskrivet fra 2002, og at den er kommet på bakgrunn av kritikken som Europarådet sin Torturovervakingskomité (CPT) har rettet mot sider av norsk varetektspraksis. Her står det likevel ingenting om helseavdelingens eller legens oppgaver.





## 4.4 Varetekt og isolasjon: En vag problematikk hos norske helsemyndigheter

Det er altså vanskelig å finne ut hvem som egentlig har ansvar for dette problemområdet hos helsemyndighetene, utover at det rent konstitusjonelt er den politiske lederen i departementet – ministeren – som til syvende og sist har ansvaret for helsemyndighetenes arbeid. Jeg har også lett på internett og i biblioteker etter tekster som kunne gi svar. Alle tror at noen andre vet noe når jeg spør etter informasjon hos myndighetene. Men det viser seg at det neppe er mer å finne enn det jeg allerede har.

Den resultatløse letingen forteller i seg selv noe vesentlig: Ikke bare har temaet sildret ut av veilederen da den ble endret. Varetektsfanger og isolerte har også blitt en vag kategori blant menneskene som jobber med fengsel hos norske helsemyndigheter. Det virker som om det hersker noe forvirring i SHdir og Helse- og omsorgsdepartementet om hvem som har ansvaret for helsefaglig tilsyn av varetektsfanger ute i fengslene (politiet eller fengselshelsetjenesten). Ingen har kunnet si noe om egne oppfølgingsprosedyrer av isolerte, eller henvise til noen som jobber med problematikk knyttet til isolasjon eller varetekt i et helseperspektiv hos myndighetene.

## 4.5 Fra "look to Norway" til "spør noen andre"?

Samtidig som den første veilederen ble utgitt, ble helsepersonell i fengsel overført fra Justisdepartementets administrasjon og fengselslovens instruks, til Sosialdepartementet. I veilederen sees denne overføringen som en understreking av helsepersonellens frie og uavhengige stilling overfor fengselsmyndighetene (Helsedirektoratet 1987:12). Ordningen kom etter mange år med utredninger, debatter i ulike fagmiljøer og endringer i kommunehelsetjenesteloven. Norge var det første landet i verden som innførte den såkalte importmodellen, altså at blant annet helsetjenesten og fengselsvesenet ble atskilt. I internasjonal sammenheng var dette nybrottsarbeid som ble lagt merke til, og en av personene som arbeidet med veilederen av 1987 forteller<sup>98</sup> at det på internasjonale konferanser ble sagt "look to Norway" da endringen kom. I dag er tonen fra SHdirs veileder mindre offensiv, blant annet overfor politiske/bevilgende myndigheter og i forhold til faglig

---

<sup>98</sup> I samtale 12.02.08.

vurdering og utvikling av fengselshelsetjenesten. SHdir er heller ingen kritisk pådriver for å reise helsefaglig debatt om for eksempel isolasjon og varetekt i veilederen.

SHdir hadde trolig vært opptatt av varetektsfanger og isolerte dersom temaet var en het potet hos den politiske ledelsen av statsforvaltningen. Lytter en til det som ikke sies i tekstene og hos helsemyndighetene, synes temperaturen heller lunken. Jeg tolker stillheten og forvirringen rundt hva som gjelder av retningslinjer og ansvar for denne fangegruppa som et uttrykk for liten interesse for problematikken på topplan i norsk politikk.

## 4.6 Nye spørsmål

En tidligere form for varhet overfor en spesielt sårbar fangegruppe ser ut til å ha sildret ut av både tekster og institusjonelle strukturer hos norske helsemyndigheter og i Legeforeningen. Tematikken er usynliggjort i tekstene og organisasjonene som kunne vært opptatt av den. Det er først og fremst *stillhet* rundt helsearbeid overfor varetektsfanger og/eller isolerte ”på toppen”. Hva innebærer stillheten for fengselslegene? Og kan den bety noe positivt, gi noen muligheter, bedre armslag? Det er fengselslegene en må spørre om en vil ha svar på hva som gjøres overfor isolerte og varetektsfanger. Den neste delen av oppgaven er basert på deres erfaringer.

## Del 2: Landskapet sett nedenfra

Når lysene slukkes, dørene låses og en fange i et norsk fengsel legger seg på cella på kvelden, har dagen vært et resultat av en institusjonell prosess som har foregått over tid og involvert arbeidet til mange mennesker – i bestemte posisjoner i ulike organisasjoner i og utenfor statsforvaltningen. Denne delen av oppgaven undersøkes fengselet fra *legenes* ståsted i dette komplekset av institusjonelle relasjoner. Her finnes ikke ett ”naturlig” fokus. Å studere fengselet fra et slikt institusjonelt ståsted gir retning til det sosiologiske blikket.

De tre neste kapitlene er skrevet særlig med utgangspunkt i data som er produsert i intervjuer med fengselsleger, som i en forstand befinner seg ”der nede” i hverdagen. Perspektivvalget er inspirert av IE, men det likner litt på skillet mellom det som kalles ”ovenfra-perspektiv” og ”unnenfra-perspektiv” i norsk kriminologi og rettssosiologi. Innen slik forskning har unnenfra-perspektivet ofte innebåret å studere jussens og rettsvesenets sosiale funksjoner overfor utsatte samfunnsgrupper, som ofte er i en underordnet og sårbar stilling<sup>99</sup>. *Nedenfra*-perspektivet i denne oppgaven innebærer ikke et syn på legene som utsatt og sårbar gruppe nederst i hierarkiet – tvert imot. Det svarer heller til at legenes erfaringer studeres og beskrives med det sosiologiske blikket rettet oppover – mot makt og styring. Det er på samme tid en betoning av det hierarkiske ved de institusjonelle strukturene legenes arbeid inngår i, og en tydeliggjøring av fra hvor og i hvilken retning jeg ”står og ser” i forskningsopplegget.

Først skal vi se på legenes *posisjon* i relasjon til andre i komplekset av institusjonelle praksiser som utgjør hverdagen i fengslene. Deretter beskrives legenes *praksis* i hverdagsarbeid, undersøkt særlig med blick for hvordan varetekt og isolasjon som tema eller problem gjøres synlig for dem. Til slutt skal vi se på hvordan legene *prater* om varetekt og isolasjon.

---

<sup>99</sup> Poenget er såpass sentralt at det utgjør ett av to emner på bachelor-nivå i rettssosiologi ved UiO (kurset ”Retten sett unnenfra”). Forskningen som er på pensum her, dreier seg i stor grad om personer som kan sies å være i en slik underordnet og sårbar posisjon (se Institutt for kriminologi og rettssosiologi 2008).

## 5. Fengselslegen sett som posisjon i en institusjonell praksis

I dette kapitlet skal vi se på hvem fengselslegene er, deres arbeidsforhold og organiseringen rundt deres arbeid. Her beskrives fengselslegenes posisjon overfor kolleger i helseavdelingene og fengselet som institusjon. Fengselslegenes aktiviteter og relasjoner strekker seg utover selve fengselet, og da må undersøkelsens oppmerksomhet også gjøre det. Derfor omhandler kapitlet også hvilken kontakt de har med hverandre, relevante institusjoner og personer utenfor fengselet, og hvor de får kunnskapen sin fra.

Landskapet rundt legene som nå tegnes opp, kaster lys over koplingene mellom det lokale og det ekstralokale. Det er sosiologisk interessant å se nærmere på fengselslegenes posisjon, fordi den sier noe om deres muligheter og begrensninger, forutsetninger for arbeidet og hva slags type føringer som legges på dem. Hvilken institusjonell – eller relasjonell – *kontekst* er det legene står i, i hverdagen der de er?

### 5.1 Fengselslegene og den øvrige legestanden i Norge

Fengselslegene<sup>100</sup> utgjør en marginal del av legestanden. I Norge finnes det om lag 22.650 leger, nesten alle er medlem av Den norske legeforening<sup>101</sup>. Bare 60 leger har en større eller mindre stilling på et fengsel i Norge<sup>102</sup>. Disse legene jobber som allmennleger. De har ingen egen fagmedisinsk forening under Legeforeningen. Fengselshelse er heller ikke et organisert fagfelt, eller en spesialisering innen spesialistutdanningene. Dermed har de ikke egen veiledning eller annet fast eller obligatorisk faglig opplegg spesielt myntet på fengselsleger.

Heller ikke utenfor Legeforeningen var fengselslegene på intervjuutidspunktet organisert i et eget faglig fellesskap eller nettverk, med mulighet for systematisk kontakt med hverandre. Men høsten 2008, etter datainnsamlingen for denne undersøkelsen, ble det opprettet et nettsted for fengselshelse under helsebiblioteket.no, med informasjon, lenker og diskusjonsforum. Her skal legene nå kunne snakke sammen på tilgangsbegrenset område. De

---

<sup>100</sup> For en viss språklig variasjon og leservennlighet, vil jeg benytte termene "lege" og "fengselslege" om hverandre. Det skal gå fram av teksten hvorvidt jeg også henviser til leger som ikke jobber i fengsel.

<sup>101</sup> 96,5 prosent av alle leger i landet inkludert alderspensjonister, var medlem per 23. mars 2009 (Den norske legeforening 2009).

<sup>102</sup> Tall fra 2006, etter opptelling av *Årsrapport fra fengselshelsetjenesten 2006* (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

siste årene har Fengselshelsetjenestene møttes på seminar flere ganger, men ikke alle informantene hadde deltatt her. Fram til januar 2008 fantes det ingen sentral oversikt over hvor mange de var, eller hvordan de bemannet ulike fengsler i Norge. SHdir utga for første gang en årsrapport i 2008 basert på informasjon fra samtlige fengsler i landet.<sup>103</sup> En opptelling herfra viser at 2/3 av de 39 fengselshelseavdelingene kun hadde én lege. I ett fengsel delte sju leger på sju ukentlige legetimer, der de neppe er der samtidig denne ene timen. Legene er altså ofte alene uten andre legekolleger på jobb, særlig på mindre avdelinger. På større kan det være flere:

Vi er en relativt stor helseavdeling, og vi er to leger. Bare det at vi er to leger, betyr veldig mye. At man kan snakke sammen, ha en faglig diskusjon rundt det. At man slipper å stå alene med problemene. Det er vanskelig.

De fleste av informantene oppfatter det samme som en som hadde jobbet mange år i fengsel: ”Det er ikke noe status i den medisinske verden å være fengselslege.” Det er ikke vanskelig å tenke seg at andre yrkesposter har høyere status blant leger. Men alle informantene hadde likevel søkt seg til stillingene sine. På enkelte fengsler i Norge har leger blitt beordret dit av kommunen, og har på den måten ikke frivillig meldt seg til tjeneste. Det er nemlig ikke alltid like lett å få leger til å ta arbeid i fengslene. Dette kommer jeg tilbake til.

## 5.2 Fengselsegenes frie og uavhengige stilling overfor fengselet

Importmodellen i norske fengsler innebærer at blant annet fengselshelsetjenesten ikke er en del av fengselet, men en integrert del av den offentlige helsetjenesten<sup>104</sup>. Legene er altså ansatt av kommunen, og fengselet kan ikke instruere dem<sup>105</sup>. Tanken om at helsevesenet og fengselsvesenet bør holdes atskilt, handler om at man ikke driver med det samme. Mathiesen beskriver dette som et grunnleggende motsetningsforhold i en artikkel om overgangen fra

<sup>103</sup> Årsrapport fra fengselshelsetjenesten 2006, Sosial- og helsedirektoratet 2008

<sup>104</sup> Importmodellen gjelder også andre områder. Ordinære skolemyndigheter var først ute, da de overtok ansvaret for undervisningen i fengslene. Senere overtok helsemyndighetene ansvaret for helsesektoren og kulturmyndighetene for visse deler av kulturtilbudet (Fridhov 1997:308).

<sup>105</sup> Legene blir i denne modellen ikke ”fengselsleger”, men vanlige leger som også betjener fanger (Christie 1993:117). I kontakt med SHdir, har jeg blitt gjort oppmerksom på at det ikke lenger heter fengselsleger. Informantene bruker selv betegnelsen, og jeg har valgt å gjøre det samme. Det gjør for øvrig SHdir også i veilederen for fengselshelsetjenesten (se SHdir 2004:16, 17, 20, 23, 25).

fengsel til behandlingsinstitusjon på Ila sikringsanstalt (Mathiesen 1970): "Bevoktningsinstitusjonens" siktepunkt for virksomheten er oppbevaring og isolering, slik at utenforstående forskånes fra kontakt med en kategori mennesker. "Behandlingsinstitusjonens" siktepunkt for virksomheten er endring av klientens intrapersonlige eller mellompersonlige forhold på en måte som antas å være til beste for personen selv (Mathiesen 1970:99). Mathiesens beskrivelse illustrerer den prinsipielle motsetningen i forholdet mellom lege og fengselspersonell også innenfor en og samme fengselsinstitusjon. Mens fengselets ledelse og personale *først og fremst* har et sikkerhetsansvar (en bevoktningsoppgave) og et ansvar overfor den offentlige opinion, er legens målsetting å ivareta og behandle den enkelte fange. Fengselets og legens mål kan i utgangspunktet sies å stå i et motsetningsforhold.

Importmodellen er et svar på denne motsetningen, og ble lansert som en viktig prinsipiell markering av at helsetjenesten skal ivareta andre interesser og oppgaver enn fengselet. Helsedirektoratet så overføringen av helsepersonell fra Justisdepartementet til Sosialdepartementets administrasjon som en understreking av deres "frie og uavhengige stilling overfor fengselsmyndighetene" (Helsedirektoratet 1987:12). Målsettingen for organiseringen var at helsepersonellet skulle fungere som fangenes "advokat i helsespørsmål" (Helsedirektoratet 1987:12), og unngå "den konfliktfylte dobbeltrolle som henholdsvis de innsattes 'advokater i helsespørsmål' og 'systemets voktere'" (Helsedirektoratet 1987:13). Direktoratet beskriver frihetsstraffen som "et tilsiktet onde" (1987:24), men forhold knyttet til fangenes helse skal vurderes og behandles ut fra et medisinskfaglig grunnlag, uavhengig av det faktum at de sitter i fengsel. Man er fradømt friheten, ikke mer. Helsedirektoratet argumenterte i 1987 gjennomgående for at det eksisterer en prinsipiell konflikt mellom helse og fengsel, og importmodellen var et praktisk grep for at helsepersonell skulle kunne møte denne konflikten.

Flere av informantene oppfatter dette skillet som et stort gode overfor sine pasienter:

Nei, det betyr mye. Det betyr at vi ikke kan bli mistenkt for å være direktørens forlengede arm, ikke sant. Hvis du da skulle sitte inne og du skulle ta opp problemer med legen som du da lurte på om gikk direkte til direktøren, så hadde du ikke tatt det opp. Så vi er helt avhengig av å være fristilt for å kunne gjøre et arbeid og ha tillitt innad i en gruppe.

Også andre tiltak ble satt i verk for å styrke legenes og sykepleiernes uavhengighet i 1987. Helsedirektoratet mente at ingen burde jobbe heltid i fengselet, for å forhindre "faglig isolering, faren for ensidig faglig utvikling og faren for at helsepersonell kan miste sin

faglige uavhengighet overfor ansatte og fengselsledelsen” (Helsedirektoratet 1987:41). Kravet om deltidstillinger er også blant det som er borte under revideringen av den nye veilederen for fengselshelsetjenesten, men det er deltid som er vanlig<sup>106</sup>. En av informantene sier: ”Det er veldig greit å jobbe her to, kanskje tre dager i uka. Men å jobbe her fem dager i uka, det har jeg ikke lyst til.” En annen tror ikke hun hadde orket: ”For hvis du skulle jobbe fem dager med dette her, så tror jeg at jeg hadde blitt nesten utbrent. Det føles sånn.”

### 5.3 Fengselsegenes relasjon til og arbeid med andre

Avdelingslederen har gjerne sykepleierutdanning, men det medisinskfaglige ansvaret for helsetjenesten skal ligge hos legen (SHdir 2004:10). Presiseringer av fengselslegens spesielle ansvar blant helsearbeiderne kan også gjenfinnes andre steder. For eksempel er hvert av FNs prinsipper for medisinsk etikk for helsepersonell i fengsel, formulert slik at det særskilt gjelder legene. Både prinsippene og tittelen for dem er formulert slik: ”Principer för medicinsk etikk, tillämpliga på hälsovårdspersonal, *särskilt läkare*, vid skydd av fångar och andra frihetsberövade personer mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning”<sup>107</sup>.

Det daglige arbeidet til fengselslegene står i relasjon til en rekke personer i ulike posisjoner<sup>108</sup>. Helseavdelingene har gjerne én eller to sykepleiere, mens de største fengselshelseavdelingene i landet hadde mellom fem og femten sykepleierstillinger i 2006<sup>109</sup>. Det kan også være en helsesøster som for eksempel jobber med vaksinasjon og informasjon om smittsomme sykdommer. I tillegg er det ofte en fysioterapeut og/eller en psykolog, på de større institusjonene finnes gjerne et psykiatrisk fagteam med psykologer og psykiatere ansatt av en ekstern institusjon. Ellers er det andre i fengselet som fengselslegene har mer eller mindre kontakt med: sosionom, tannlege og fengselsprest. Disse er ikke en del av fengselshelseavdelingen, men enkelte informanter nevner dem likevel. Teller en opp legetimer og -antall i årsrapporten til fengselshelsetjenesten for 2006 (SHdir 2008), ser en at det er store variasjoner i bemanning opp mot antall fanger mellom fengslene. Det er også store variasjoner i tilgangen på annet yrkespersonell, som fysioterapeuter og psykologer.

---

<sup>106</sup> Det framgår av årsrapporten fra fengselshelsetjenesten for 2006 (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

<sup>107</sup> Tittel på vedlegg VIII, Helsedirektoratet 1987. Min utheving.

<sup>108</sup> Relasjonene som jeg skal beskrive her, visualiseres i figur 3 (i neste delkapittel). Figuren kan være til hjelp for lesningen, da beskrivelsen er kortfattet.

<sup>109</sup> Etter opptelling fra årsrapporten til Sosial- og helsedirektoratet for 2006 (Sosial- og helsedirektoratet 2008).



Utenfor fengselet har fengselslegene blant annet kontakt med spesialister og aktører i andrelinjetjenesten<sup>110</sup> utenfor fengselet. Det kan være utredning og behandling som krever spesialist, eller det kan være i forsøk på å få til en innleggelse av psykiatriske pasienter som sitter i fengsel. Fengselslegene samarbeider med fastlege, NAV og eventuelt rusbehandlingsinstitusjoner om oppfølging eller individuell plan for fanger som skal ut av fengsel. De får blodprøvesvar fra bioingeniører. Fengselslegene kan bli kontaktet av fastlegen til fengslede pasienter, som kan mene noe om pasientens behov. Fengselsleger kan også måtte forholde seg til fastleger utenfor i forbindelse med medisinerings av pasienter i strid med policyen i fengselet. De kan også bli kontaktet av advokater som mener noe om behandling av sine klienter, eller advokatene (og/eller pasientene) kan klage legen inn til fylkeslegen eller Helsetilsynet sentralt. Fylkeslegen representerer Helsetilsynet i fylket, og har både en tilsynsmyndighet og en rådgivende funksjon overfor legen. Mange leger forteller at Fylkeslegen er den de først og fremst vil kontakte om noe er vanskelig. Helsetilsynet gjennomførte i 2001 et landsomfattende tilsyn (Helsetilsynet 2002), mens det vanlige er at Fylkeslegen fører tilsyn med tjenestene etter forespørsel/klage eller etter eget initiativ.

Fengselslegene er ansatt av kommunehelsetjenesten i den kommunen fengselet befinner seg i. Enkelte forteller om kontakt med kommuneoverlegen, som har en rådgivende rolle. SHdir har laget veilederen for fengselshelsetjenesten, men utover denne medierte kontakten er det lite eller ingen. Enkelte fengselsleger har kontakt med leger i andre fengsler, men dette er ikke satt i system. Enkelte leger har deltatt på seminarer arrangert av andre fengselshelseavdelinger, SHdir eller Legeforeningen. Alle legene jeg har snakket med er medlem av Legeforeningen, som også arrangerer kurs for allmennleger som de kan delta på.

Fengselslegenes arbeid er påvirket av domstolene (beslutter fengsling, innføring eller opphevelse av restriksjoner under varetekt), politiet (ber om restriksjoner av varetektsfanger, sørger/sørger ikke for transport under framstilling) og instanser på ulike nivåer i kriminalomsorgen (for eksempel når de overfører fanger til annet fengsel, kan slippe fanger ut før planlagt tid). Men det er lite direkte kontakt mellom legene og disse, heller ikke mellom alle legene og fengselsledelsen. Til syvende og sist henger fengselslegens arbeid sammen med justisministerens arbeid, og kriminalpolitikken til flertallet på Stortinget.

---

<sup>110</sup> Andrelinjetjenesten er en spesialisert helsetjeneste som vanligvis tilbys på sykehus eller av praktiserende spesialister. Tilgang til tjenester i andrelinjetjenesten krever som regel henvisning fra førstelinjetjenesten. Førstelinjetjenesten er den delen av det offentlige helsevesenet som pasientene først møter og som henviser pasienter til andrelinjetjenesten, og kalles også primærhelsetjenesten (NTNU 2003). Inndelingen sier noe om allmennlegenes rolle, de skal fange opp helseproblemer for helsevesenet.

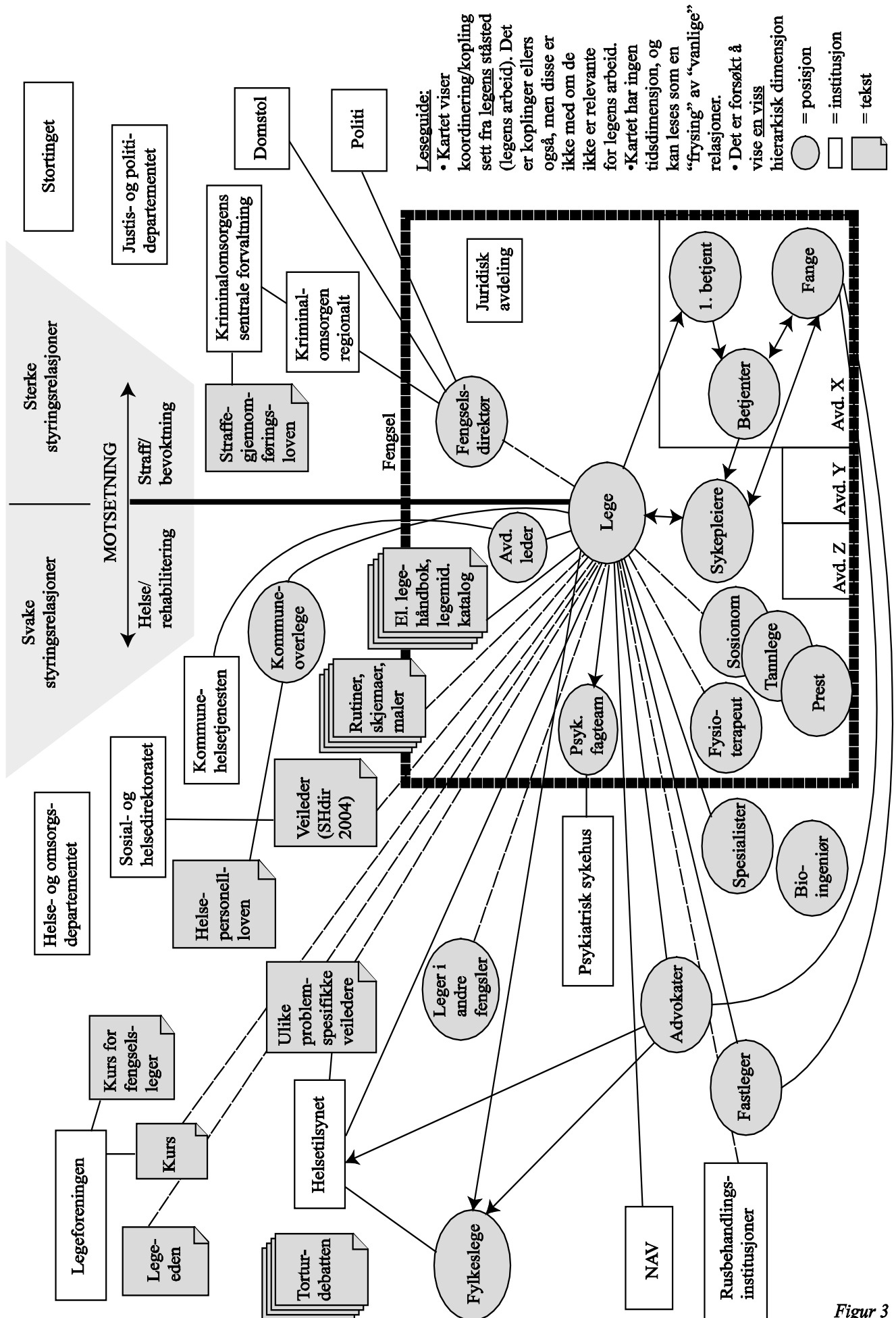
## 5.4 Et nytt kart over landskapet rundt fengselslegene

Figur 1 i forrige kapittel illustrerte teoretiske antagelser basert på tekster. Under er et nytt kart (figur 3), som visualiserer empiriske koplinger mellom legene og andre posisjoner og institusjoner, samt deres bruk av tekst. Kartet oppsummerer og utvider forrige avsnitt. Det er et resultat av hva informantene samlet har fortalt meg om hvem de er i kontakt med, både generelt og i spesielle situasjoner. I tillegg har jeg brukt enkelte tekster fra det offentlige for å forstå detaljene i autoritetsforholdene mellom institusjoner/posisjoner. Når informantene har fortalt om vanlige aktiviteter og konkrete situasjoner, har jeg spurt dem hvem de har kontaktet og hvorfor, hvilket autoritetsforhold posisjonene innehar, og hvilke retningslinjer eller regler som bestemmer. Ikke alle legene har erfaring fra alle relasjonene, kartet er et ”typisk” og ”fryst” bilde. Det er et forsøk på å vise hvordan samfunnet rundt legene ser ut fra deres ståsted, men samtidig en reduksjon eller forenkling av deres kunnskap.

Kartet er komplisert, men ikke uforståelig<sup>111</sup>. En fengselslege vil nok kjenne seg igjen. For den utenforstående leser er nok det viktigste at legen arbeider i relasjon til en rekke personer og institusjoner både i og utenfor fengselet. Om en velger å se på legens arbeid som noe som koordineres gjennom bestemte styringsrelasjoner, blir tekstene viktige, og de er med. Som kartet viser, strekker legenes relasjoner seg utover fengselsmurene. Merk likevel at legenes arbeidsplass er lokalisert inne i fengselet, som er en driftsenhet innen Kriminalomsorgen. Kartet tydeliggjør at legen arbeider under påvirkning av to politiske ”felt” eller styringssystemer: helsevesenet og kriminalomsorgen. Disse har ulik grad av styrke til å bestemme hvor legens handlingsrom slutter og begynner, men øver også ulik grad av interesse og press på det som skal skje lokalt der legen arbeider.

---

<sup>111</sup> Alle detaljene i kartet vil ikke kommenteres i oppgaven. Jeg vil videre i analysen fra tid til annen behandle elementer som er med i kartet, uten at jeg alltid henviser direkte til figuren. Dermed kan en si at kartet utdypes på forskjellige måter utover i oppgaven.



Figur 3

## 5.5 Hvor får fengselslegene kunnskap fra? Hvor sterkt blir deres oppmerksomhet styrt?

Heller enn rent fenomenologiske undersøkelser av hverdagsoppfatninger, er jeg her ute etter de konkrete, tekstlige kunnskapsressursene legene har tilgjengelig – og om og hvordan disse blir tatt i bruk i arbeidet. Jeg spurte alle informantene en rekke spørsmål for å kartlegge hvordan de fikk kunnskap som var relevant for arbeidet i fengsel generelt og også noe knyttet til varetekt og isolasjon spesielt<sup>112</sup>. De ble blant annet spurt om sitt forhold til kritikken av norsk varetekts- og isolasjonspraksis, hvor de hentet kunnskap og faglige innspill fra og om de hadde gått på kurs. Jeg spurte også om hvordan de brukte arbeidsinstrukser og andre mer eller mindre instruerende tekster i arbeidet sitt. Jeg ville vite i hvilken grad deres oppmerksomhet ble gitt retning utenfra, og mot hva legene i så fall ble oppmuntret til å vende blikket i deres arbeid.

Før legenes erfaringer med tekster er tema, vil jeg her trekke fram aspekter ved *mengden* og *typen* av tekstlige ressurser legene blir tilbudt. Alle informantene bruker tekstlige ressurser som de betegner som ”vanlige for allmennleger”. De nevner Norsk elektronisk legehåndbok, Legemiddelkatalogen, Helsepersonelloven, Legeeden osv. Enkelte støtter seg også til retningslinjer for bruk av vanedannende medisiner, avtaler om taushetsplikt og noen av de som har arbeidet lenge og som har en form for lederansvar, nevner prosedyrer ved sultestreik og veilederen fra SHdir. Ett sted hadde de en prosedyrebok, et annet sted fikk jeg en rekke skjemaer for prosedyrer ved ulike situasjoner. Legene er allmennleger, og mye av den faglige oppdateringen får de fra kurs og tidsskrifter som er myntet på allmennlegevirksomhet. Enkelte trekker også fram kunnskap fra rus- og psykiatrifeltet som viktig, siden fangene ofte har slike problemer. Men tilgangen på litteratur som handler om den spesielle konteksten de og pasientene deres er i på fengselet er dårlig. Jeg spurte alle hvor det fins informasjon og kunnskap om helseproblemer i fengsel som er nyttig for leger, og om de hadde prøvd å finne noe sånt?

Nei, vet du hva, jeg har ikke fått tid til det enda. Nei det feltet, hele det feltet altså, fengselsleger og sånn, jeg vet veldig lite om det jeg. Jeg har hørt veldig lite om det. Det står jo ikke mye i tidsskriftet [Tidsskrift for Den norske legeforening] heller om det altså, jeg har aldri sett noen artikkel heller i tidsskriftet om fengselslegearbeid eller ... Så det er lite framme.

---

<sup>112</sup> Se intervjuguide i vedlegg.

Andre fortalte at de hadde lett på internett eller lest i bøker, uten å lykkes med å finne noe. Det er slående hvor lite informasjon eller tekster fengselslegene har å forholde seg til, utover det som dreier seg om å være vanlige allmennleger. Flere av informantene hadde lett etter informasjon, uten å finne noe. Og flere spurte meg om litteratur som tok for seg fengselshelseproblematikk, og noterte ivrig for selv å spore den opp etter intervjuet. Det er varierende hvor mye legene har strevd med å skaffe kunnskap som kunne vært relevant i arbeidet. Men alle konkluderer med at de har inntrykk av at det uansett er lite å finne.

Noe som jeg finner særlig overraskende, er legenes kjennskap til og bruk av den tidligere omtalte SHdirs veileder "Helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel" (2004). Tre av informantene kjente ikke til veilederen. De med en form for lederansvar kjente godt til veilederen, men de som kjente til den, oppfattet den som veldig generell og brukte den ikke aktivt. Én trakk den fram som et viktig "skjold" overfor fengselet:

På en del områder så er den bra. På en del områder så blir den litt for generell. Men vi bruker den en del ganger altså, når vi hadde dilemma i forhold til det med ... der fengselet sier at du må informere den for vi tror den har narkotika i magen og du må gi den informasjonen, for det står det i vårt lovverk, så sier vår veileder at vi skal ikke blande rollene. Ikke sant? Da bruker jeg den veilederen for å forklare hvorfor vi da skal forholde oss.

Datamaterialet gir ikke grunnlag for å si i hvilket omfang veilederen ikke blir gitt til fengselsleger generelt. Men med tanke på at den er det viktigste styringsdokumentet for fengselshelsetjenesten, slik SHdir selv også ser den, er teksten langt mindre styrende enn forventet for det lokale arbeidet i fengslene jeg har undersøkt. Erfaringen legen over trakk fram i bruken av teksten overfor fengselet, forteller noe om veilederens potensial som støttende ressurs i situasjoner der fengselet og legen ikke er enige. Men veilederen synes ut fra intervjuene lite brukt til dette. Det kan nevnes at ingen av informantene heller kjente til det svært lite tilgjengelige rundskrivet med rutiner for tilsyn med isolerte som SHdir viser til<sup>113</sup>.

Om SHdirs veileder er lite i bruk, er Legeforeningens kurs for fengselsleger enda mindre kjent. Som vi så i delkapittel 4.1, ser Legeforeningen nettkurset "Doctors working in

---

<sup>113</sup> Omtalt i delkapitlet "4.3 Jakten på instruksene som ble borte".

prison” som et tilbud også til leger i Norge, og antar at disse benytter seg av det. Likevel hadde kun én av informantene hørt om kurset:

Så de hadde et kurs, et internettkurs, om fengselsleger. Og da tenkte jeg guri, nå har Legeforeningen begynt å engasjere seg for det. Men det var et internasjonalt kurs da. Og jeg fant ut det, jeg meldte meg på, men det var liksom ikke helt relevant for norske fengsler, syns jeg da.

Legen leste gjennom kurset, men oppfattet det som lite relevant og la det fra seg. Igjen; selv om ingen av informantene har benyttet seg av Legeforeningens kurs, kan jeg ikke ut fra datagrunnlaget slå fast at det over hodet ikke blir brukt. Men det støtter opp under legenes generelle opplevelse av at artikler, kurs og tekster fra helsemyndigheter eller egen fagorganisasjon som spesielt handler om fengselshelsespørsmål, skriker med sitt fravær.

## 5.6 Svak styring av fengselslegenes virksomhet

Dette sier noe viktig om hvor svakt fengselslegenes arbeid er styrt eller koordinert ”ovenfra”. Smith framhever teksters betydelige evne til å organisere og skape standardisering av folks gjøren innen institusjoner i moderne samfunn (Smith 2006b:65-67)<sup>114</sup>. Vi har sett at legene har lite tekstlige ressurser som omhandler deres spesielle arbeidskontekst. Og tekstene som finnes, blir i liten grad tatt i bruk i arbeidet. Fengselslegene kan derfor sies å stå i en generelt svak styringsrelasjon til norske helsemyndigheter og Legeforeningen. Deler av bildet av landskapet rundt legene i kapittel 3 og 4, blir bekreftet i intervjuene med legene: ”Det er ikke et arbeid som har vært høyt prioritert. Det er det vel fortsatt ikke heller det. [...] Det er ikke en gruppe som du tradisjonelt satser på, for å si det sånn.” Fengselshelsetjeneste og hva legenes arbeid skal innebære, er ikke en virksomhet som skal påvirkes eller styres i sterk grad. Det blir mye opp til legene selv. En av legene som har jobbet lenge i fengselet, sier det slik:

Hvordan jeg skulle ha gjort jobben min der ute, det er det ikke sagt noe sentralt om. Det er ikke noen sentral. Det er den veilederen, men altså ... jeg kan gjøre en dårlig jobb, men likevel følge den. Det er ikke sagt noe om hvordan du skal forholde deg

---

<sup>114</sup> Det kan innvendes at andre forhold virker inn på eller styrer legenes virksomhet, som økonomi. Fokuset på tekster skyldes at de opptrer som en nøkkelforbindelse mellom folks lokale hverdag og styringsformen Smith kaller ”the ruling relations”. Derfor er de sentrale for å få svar på spørsmålet om hvordan legenes arbeid står i relasjon til makt og styring.

som lege, hva er det sentrale myndigheter ønsker at vi som fengselsleger skal gjøre? Og det tenker jeg at de på et eller annet vis burde gjøre.

Flere andre ga uttrykk for det samme, og hevdet at helsemyndighetene overlater ansvaret til de som jobber i fengsel. Legene opplever selv mangelen på tekst som et tegn på fravær av politisk og faglig interesse for deres arbeid. Det krever innsats å finne kunnskap som er særskilt nyttig for arbeidet i fengsel. Den svake styringen må forstås som en årsak til den tidvis ganske store variasjonen i kunnskap og engasjement blant informantene. Samtidig er det tydelig at legene som har arbeidet lenge, opplever muligheter for fagutvikling og bruker friheten til å ta ulike initiativer som prøveprosjekter og samlinger. En kan si at lite styring også gir dem muligheter. Samtidig etterlyser noen av dem at sentrale myndigheter tar mer ansvar for organiseringen av feltet.

Det er verdt å merke seg at legene ikke nødvendigvis er særlig overrasket over lite tekster, opplæring eller oppfølging. Legene er selvdrevne. To yngre leger mente det å være alene og finne ut av ting på egen hånd, hang naturlig sammen med typiske forventninger til legerollen slik den har utviklet seg:

... det har blitt mer og mer, i hvert fall oss som ikke har jobbet så mange år da, vi har jo aldri vært vant til noe annet enn at vi jobber helt selvstendig. Det er det jo på sykehus også ikke sant, så jobber man selvstendig, for det er ikke tid til å sette seg ned til å diskutere, veiledning, sånne ting, det er det ikke tid til. Man blir jo sånne små satellitter rundt omkring. Så jeg tror vi på en måte har blitt vant til det, altså. Så da bare går man i den samme tralten, og så tar man ikke opp de tingene som bekymrer en. For det har man aldri fått gjort på sykehuset, og i allmennpraksis sitter man jo også alene.

Det er vanlig å bli kastet rett uti ting. En kan komme som turnuskandidat eller sommervikar og få beskjeden: "Dette er en calling, nå har du ansvar for all kirurgi i dette fylket, denne callingen finner du nok snart ut av hvordan fungerer. Lykke til!" Det er ikke vanlig at opplæringen pågår i timevis. Samtidig ønsker de samme legene veiledning eller informasjon. "Og om Helsedirektoratet eller Sosialdepartementet eller hvem søren det blir altså, som skriver en sånn liten "Dette bør du vite som lege i et fengsel". Trenger ikke å være mye." Ingen av de to legene hadde sett veilederen fra SHdir.

Når jeg begynte, så var jeg veldig sånn, altså er det ikke noe forum man kan møtes, noe veiledning, sånne ting.

M: Du har ikke fått noe veiledning?

I: Nei. Men da jeg ryddet kontoret, så fant jeg noen gamle papirer om at det hadde vært sånne veiledningsgrupper en gang for mange herrans år siden. Jeg husker ikke

hvem jeg ringte, men jeg ringte vel en eller annen og hørte om det var noe som var interessant igjen. Men det hadde på en måte bare gått over av seg selv. For fengselslegen skifter så innmari ofte. Det er ingen som blir lenge. Jeg har inntrykk av at man ikke blir så veldig lenge.

Legene som har arbeidet lenge i fengsel forteller om at det tradisjonelt har vært vanskelig å få leger til å ta arbeid i fengsel, og at utskiftningen enkelte steder er stor. Resten av kapitlet drøfter noen årsaker til dette, og på hvilke måter utskiftningen eller kort fartstid påvirker arbeidet i kombinasjon med lite tekstlig styring.

## 5.7 Sin egen lykkes låsesmed? Uheldige kombinasjoner av utskiftninger, lite fellesskap og oppfølging

Samtidig som det er lite skriftlige ressurser å forholde seg til, er det hyppige utskiftninger enkelte steder. Legene som har arbeidet lenge ser det som utelukkende negativt:

Det er klart at er du der et halvt år, eller er du der et år, så klarer du ikke å etablere et samarbeidsforhold til fengselsledelsen og de andre samarbeidspartnerne du er nødt til å ha et samarbeid med. Så du må på et eller annet vis i den type jobb holde over tid.

Jeg spurte alle om hvor lenge de kunne tenke seg å fortsette i jobben? De av informantene som er kommet litt opp i åra, ser gjerne for seg at de vil fortsette en god stund framover, kanskje til og med resten av sitt yrkesaktive liv. Men resten – yngre leger i 30-årene eller tidlig i 40-årene – hadde alle planer om å slutte. En viktig årsak er at praksisen ikke er en egen spesialistutdanning<sup>115</sup>. De ”eldre” legene har ikke det samme behovet, og er mer opptatt av at de har gode lønnsbetingelser og andre goder. Enkelte av dem mener at spesialistutdanning innen fengselshelse ikke er nødvendig eller riktig, fordi det er så få fengselsleger og at kompetansebygging kan gjøres på andre måter. De yngre legene gir uttrykk for at de savner den oppfølgingen en spesialistutdanning tilbyr, og tar opp det når jeg spør om hvor lenge de kan tenke seg å være i jobben:

Jeg kunne nok ha tenkt meg det en viss tid, men ikke veldig lenge tror jeg. For jeg synes ikke systemet inviterer til det. Det er som sagt det der at du får ikke noe

---

<sup>115</sup> Tjeneste som fengselslege teller som en del av praksisen som kreves for å bli spesialist i allmennmedisin, men ”fengselsmedisin” er ingen egen spesialistutdanning (etter Den norske legeforening 2008).



oppfølging, du får ikke noe veiledning, alle disse tingene som du får ved en spesialisering blir på en måte ... du blir veldig din egen lykkes smed da. Låsesmed!  
[Ler]

M: Det er mye nøkler?

I: Ja.

I veilederen for fengselshelsetjenesten står det at kommunen bør gi helsepersonell i fengsel systematisk veiledning<sup>116</sup>. Ingen av informantene hadde fått dette. En av de andre yngre legene som planla å slutte, mente at en viktig grunn var at man blir overlatt til seg selv, og det er frustrerende i en institusjon det er tungt å endre på:

Jeg tror nok det når man jobber i fengsel så blir man nok veldig alene. Der nå er det jo bare jeg som er lege ikke sant, så er det psykiaterne som kommer innimellom. Det blir ikke noe kollegialt samarbeid sånn sett. Man kan jo ringe de andre fengselslegene rundt omkring, men det har jo ikke blitt at jeg gjør det. Så sånn sett så blir man vel så alene i kampen at det å ta opp ting det... uff, nei. Det får bare vente. Føler jeg. Og da er det godt mulig at andre også føler det. At engasjementet ikke blir så stort. Altså er man alene, så orker man jo ikke engasjere seg så mye.

Denne informanten så flere grunner til ikke å holde fast på jobben: Det å jobbe alene, ikke ha systematisk kontakt med andre i samme situasjon, ikke ha oppfølging og veiledning, og stå alene i kampen for endringer i et fastlåst system. Informanten mente likevel at leger *ikke* burde jobbe for lenge i fengsel, fordi en kunne bli for konform og tilpasset til fengselet etter en tid. En annen sier at helsepersonell som jobber lenge i fengsel blir "avslepne", at tiden gjør noe med folk; de blir harde, kalde og kyniske. "Og det gjør at de ikke alltid behandler pasientene ålreit."

Det er ikke kamp om fengselslegestillingene i Norge. Jeg spurte hvorfor det er vanskelig å rekruttere til fengselshelsetjenesten, og fikk ulike forklaringer. Årsakene til at leger slutter i arbeidet sitt er komplekse, og vil ikke drøftes i sin fulle bredde her. Men noen momenter er relevante i forhold til legenes posisjon. De yngste var som nevnt opptatt av at de ikke fikk godkjent praksisen. Samtidig mener alle at oppgaven har lav status blant leger, enkelte mener at det er en viktig årsak til utskiftning og rekrutteringsproblemer. Dessuten

---

<sup>116</sup> "Kommunen bør tilby helsepersonellet i fengsel systematisk veiledning og har plikt til å tilby dem undervisning herunder videre- og etterutdanning som er nødvendig for å kvalifisere til arbeid i helsetjenesten i fengsel, jf. kommunehelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2." (SHdir 2004:9).

kan arbeidssituasjonen være vanskelig. Både fordi rammene fengselet gir er rigide, og enkelte så pasientenes press eller trusler for å få medikamenter som en belastning.

Det er ikke noe status i den medisinske verden å være fengselslege. Det er en ting. Og det er vel allment anerkjent at det er vanskelige arbeidsforhold. Sånn at det er ikke attraktivt, det er det ikke. Og det er vanskelig å jobbe som lege i fengsel. Og periodevis så blir man utsatt for rimelig mye, kan vi si ... ja, vanskelig på mange plan. Det er et fantastisk firkantet system, forsvaret er rene fleksibomben i forhold til fengselsvesenet, altså virkelig.

Det er nødvendig å påpeke at situasjonen ikke er så dystert som en kan få inntrykk av her. I intervjuene kom det fram at informantene er fornøyde med mye av det de får til, og mye av det de forteller om fra sin hverdag handler om dette. Alle forteller at arbeidet er faglig interessant – for enkelte er det på tross av hva de hadde trodd på forhånd. Men spørsmålene om legers korte karriere bak murene og forventninger til egen karriereframtid, åpnet opp for å fortelle om noen viktige erfaringer fra deres arbeidssituasjon i øyeblikket. Som vist opplever legene at det er svak interesse for deres arbeid, uten at alle nødvendigvis klager over det. Leger som har arbeidet lenge, har større kunnskap og ser praktiske løsninger innenfor et system de har blitt kjent med. De mener en bør kjenne fengselet for å ha handlingsrom der, men det tar tid å opparbeide seg kontakt og kunnskap gjennom erfaring. Arbeidssituasjonen er uansett ikke preget av styrende og tilgjengelige tekster eller andre tiltak fra sentrale instanser for å støtte eller fokusere legenes oppmerksomhet. Hva som tenkes om deres arbeid på sentralt hold oppleves som uklart. Sett utenfra, og for enkelte innenfra, er dette ikke bare en årsak til, men en uheldig kombinasjon med utskiftningene. Legene står ikke nødvendigvis så godt rustet som de kunne gjort.

## 5.8 Om svak styring av helsearbeid innenfor det strengt regulerte fengselet

En annen måte å se det på, er at fengselet og justismyndighetene er langt bedre rustet til å vinne gjennom med "sine behov" overfor helsearbeidere i fengselet. En må huske at selv om legene er allmennleger, arbeider de for fangenes helse i en straffeinstitusjon som ofte har andre formål og behov enn helsetjenesten. Fengselet er mot fengselshelsetjenesten strengt hierarkisk organisert, og virksomheten framstår som sterkt politisk og juridisk styrt, tidvis

ned i minste detalj. Hvordan legene skal møte dette systemet, hva lovverket åpner for eller hvilke muligheter de har i praksis, er noe de i stor grad må finne ut på egen hånd.

Det finnes tilfeller der det kan være aktuelt for legen å involvere seg i pasientens soningsforhold eller andre forhold som berører fengselets praksis av helsemessige hensyn. En lege omtaler mangelen på opplæring i straffegjennomføringsloven eller fengselets virke som et "sort hull i systemet som egentlig er en sånn kvalitetssvikt da. I forhold til de innsatte." Han setter det i sammenheng med fangenes rettigheter:

Jeg har hatt et sikkerhetskurs om hvordan den alarmen virker og hvordan nøklene virker og hvis det skjærer seg, men sånn 'De innsattes rettigheter'-kurs og såne ting? Niks. Og så skulle man kanskje tenke at ja, da burde jeg finne ut av det selv. Ja, det kan jeg jo gjøre, og da ville jeg vært nødt til å gjøre hvis jeg hadde følt at jeg hadde en pasient som jeg følte sleit. Men det er jo feil at det skal gå så langt. For det man ikke kan noe om, det har man jo kanskje en tendens til å trenere litt eller se litt bort fra.

Legenes posisjon bærer preg av at deres "side", kall det gjerne "helsesiden" av styringsrelasjonene som legger føringer på deres arbeid, står svakt. Samtidig er styringen fra "straffesiden", kriminalomsorgen, jussen og rettsvesenet, sterk overfor deres materialiserte institusjonelle kontekst, altså fengselet. Fengselets virksomhet synes altså mye sterkere styrt enn fengselshelsetjenestens virksomhet. Årsakene til dette er et stort tema. Men noe kan bunne i det at kriminalomsorgens og justismyndighetenes oppmerksomhet er rettet mot de straffedømte eller siktede, mens helsevesenets ansvar favner hele landets befolkning. Fangebefolkningen er kun en liten del av denne. Samtidig har gruppa større behov for helsetjenester enn "normalbefolkningen", siden problemer knyttet til rus og psykiatri, dårlige levekår osv. er langt mer utbredt. Likevel har mange av dem liten kontakt med helsevesenet med måten de lever på utenfor fengselet. Om helsevesenet skal prioritere helsearbeid overfor denne gruppa *inne i fengselet*, er et uavklart spørsmål. Diskusjonen om fengselshelsetjenesten skal være "offensiv" eller "defensiv", er et tema som ligger latent i intervjuene. Mange av informantene etterlyser en holdning til det hos norske myndigheter. Valget står om fengselsoppholdet skal være en mulighet til å ta tak i helsespørsmål hos en gruppe mennesker, eller om helsetilbudet skal begrenses til det nødvendigste. Jeg tolker situasjonen slik at om rehabiliteringsaspektet skulle vært tydeligere i fengselsoppholdet, måtte helseavdelingene vært høyere prioritert og hatt en mer aktiv og oppsøkende rolle overfor fangene. Datamaterialet tyder også på at det ikke er uvanlig at hensynet til rehabiliteringen må vike for den praktiske driften av fengselet.

Hva som skal prioriteres og hvordan det skal løses, er et verdimessig og politisk spørsmål som ikke skal drøftes her. Vi kan bare konstatere at straffe- og bevoktningssystemet har fangebefolkningen i fokus, mens den samme gruppa mennesker vandrer mer i sidesynet (på enkelte områder vil enkelte si i blindsonen) til helsevesenets blikk på befolkningen i Norge. Kombinert med alt det andre vi har sett, vil det si at fengselslegene – deres oppgaver og arbeidshverdag, problemer og muligheter – ikke ”står øverst på listen” hos helsemyndighetene.

## 6. Fengselslegenes praksis og hvordan varetekt og isolasjon gjøres synlig for dem

Om det finnes noe som kan kalles ”en vanlig dag på legekontoret” i fengselshelseavdelingen på et fengsel, finnes det i hvert fall ikke en felles fortelling for alle fengselsleger i Norge. Der fengslene er plassert rundt i landet, er de store og små, mer eller mindre lukkede, oppbevarer mennesker på korte eller lange dommer, har større og mindre helseavdelinger – og mange andre trekk som betyr at legenes kontekst varierer. Kulturen kan også variere, for eksempel kan samarbeidet innad i avdelingene og mellom helsepersonellet og fengselet fungere på ulikt vis<sup>117</sup>. Og som vi har sett: Legene selv er også ulike. De har jobbet kort eller lang tid, er unge eller eldre, har få eller mange arbeidstimer, ser en framtid som fengselsleger eller planlegger å slutte, er menn eller kvinner, har mer eller mindre oversikt over fengselet de arbeider i.

Den ene dagen er ikke lik den andre for noen av informantene. Likevel synes arbeidshverdagen til legene å bestå av mye av det samme. De er engasjert i den samme generelle institusjonelle prosessen (Smith 2006a:8), og er i undersøkelsen informanter om de samme sosiale (og institusjonelle) relasjonene. Dette kapitlet ser på vanlig fengselslegepraksis, hvordan varetekt og isolasjon gjøres synlig for fengselslegene i hverdagen, og hva legene kan gjøre for isolerte og varetektsfanger.

### 6.1 En konstruert person: *Fengselslegen*

La meg presentere en konstruert person, som kan tjene som hovedrolleinnnehaveren i en fortelling om legenes praksis: ”*Fengselslegen*”<sup>118</sup>. *Fengselslegen* må leses som en slags sum av det som er felles for legeinformantene, en form for tenkt informant. Der informantene har erfaringer som varierer eller skiller seg fra *Fengselslegens* på en betydningsfull måte, tas dette med under henvisning til ”informanter” eller ”leger”.

---

<sup>117</sup> Fengselshelseavdelingene vurderer omfanget av og kvaliteten på samarbeidet med kriminalomsorgen ulikt. Det går fram av samtlige fengselshelseavdelingers innrapportering i ”Årsrapport fra fengselshelsetjenesten 2006” (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

<sup>118</sup> Heretter kursivert for å gjøre det tydelig hvor jeg henviser til denne konstruerte personen. *Fengselslegen* opptrer kun i dette kapitlet, som et språklig grep for så enkelt som mulig å beskrive arbeidet som er felles for informantene.

*Fengselslegen* er rekruttert til intervju fordi hun eller han jobber i et større fengsel der det blant annet sitter varetektsfanger som er underlagt restriksjoner og domfelte på høy sikkerhet. Tanken bak å kontakte nettopp *Fengselslegen*, var at hun eller han sannsynligvis har erfaring med pasienter som er underlagt større eller mindre grad av isolasjon.

*Fengselslegens* pasienter har som befolkningen ellers ”vanlige” plager som hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettsykdommer, høyt blodtrykk, diabetes, osv. Samtidig er det spesielle sider ved fangebefolkningen som gjør at andre plager dukker opp oftere enn på et vanlig allmennlegekontor, som rus- og psykiatrilaterte problemer, ADHD-problematikk, og problemer som er knyttet til selve fengselssituasjonen (som angst, søvnløshet, depresjon, muskel- og skjelettplager grunnet inaktivitet eller overtrening). *Fengselslegen* sier selv at fangene opplever en tur til helseavdelingen som et kjærkomment avbrekk fra tilværelsen ute på avdelingene, at fangene har god tid til å gruble over småting på cella, eller har begrensede muligheter til å skaffe seg enkelte helse- eller toalettartikler inne i fengselet. *Fengselslegen* forteller at små ting som ikke ville gitt grunn til et legebesøk ute i det fri, blir store ting for fangene, og *Fengselslegen* og sykepleierne vurderer hva de synes er bagateller og hva de vil prioritere.

Mange av informantene i undersøkelsen er opptatt av at hverdagen fort kan preges av en kamp om foreskriving av medikamenter (B-preparater), og har ofte klart formulerte strategier for å møte slike uenigheter med pasientene. Foreskrivingen blir årlig innrapportert til Helsedirektoratet fra lederne ved de forskjellige fengselshelsetjenestene<sup>119</sup>, målet ser ut til å være at tallet skal være lavest mulig. Temaet dukker opp i mange sammenhenger, av og til når informantene forteller om erfaringer med trusler og det å være utrygg<sup>120</sup>. *Fengselslegen* mener det går greit, men at det er en faktor ”som er der”. Diskusjonen om vanedannende medikamenter er ikke tema for denne oppgaven, men det er et sentralt tema både for helsevesenet og dets brukere i fengselet<sup>121</sup>. Narkotikabruk er omfattende og utbredt i fangebefolkningen, både før og under soning<sup>122</sup>. Det er en viktig både bakenforliggende og direkte årsak til at det blir konflikt rundt foreskriving av vanedannende medikamenter.

---

<sup>119</sup> Dette går fram av ”Årsrapport fra fengselshelsetjenesten 2006” (Sosial- og Helsedirektoratet 2008).

<sup>120</sup> Min intervjuguide inneholdt ikke direkte spørsmål om slike erfaringer. Som mange andre emner, dukket temaet opp som en konsekvens av de konkrete spørsmålene som skulle få fram hva arbeidsdagen innebar. Kriminalomsorgen er ellers opptatt av vold mot ansatte i fengsler, og denne rapporteres årlig (Hammerlin og Strand 2005, 2006).

<sup>121</sup> Temaet kunne med fordel vært forsket på, uten at jeg har sett muligheten til å ta ansvar for det i denne oppgaven.

<sup>122</sup> Nær halvparten av innsatte rapporterte til Statens institutt for rusmiddelforskning at de har brukt narkotika minst en gang mens de har sonet (Ødegård 2008).

Det er selvsagt mye å si om arbeidet *Fengselslegen* gjør, og hvilke ulike situasjoner, problemer og muligheter hun eller han står overfor. Men jeg vil framover se på det daglige arbeidet på helseavdelingen, med spesiell vekt på hvordan arbeidsinstrukser, tekster, vanlige praksiser og rutiner gjør varetekt og isolasjon synlig og aktuelt for legene. Dette er hovedinteressen bak denne oppgaven. Hvordan ledes *Fengselslegens* oppmerksomhet mot denne fangegruppa i hverdagen? Hvilke oppgaver og ansvar pekes ut for *Fengselslegen*? Vi skal til å begynne med se på en ”vanlig” dag for leger som jobber i fengsel.

## 6.2 En vanlig dag på legekontoret

*Fengselslegen* jobber på et ”vanlig allmennlegekontor” som er lokalisert i fengselet, men drevet av kommunen. Når *Fengselslegen* kommer på jobb, starter dagen gjerne med et møte, der *Fengselslegen* går gjennom lista over hvem som skal inn til time, hvorfor, og innhenter informasjon om pasientene fra sykepleiere eller hjelpepleiere som jobber der. Det er sykepleierne som setter opp lista over hvem som skal få time hos *Fengselslegen*, som oftest basert på lapper som er blitt samlet inn på avdelingene. På lappene har fangene meldt behov ved å krysse av for hvem de vil snakke med, og kanskje også hvorfor. Sykepleierne har en ”silingsoppgave”; de vurderer om det er problemer de selv kan ordne opp i, ønsker som helseavdelingen ikke kan eller skal gjøre noe med, eller om det er snakk om en gammel problemstilling som ikke skal vurderes på ny. Så starter konsultasjonene. Fengselsbetjenter følger fangene fra avdelingene til ventecelle eller rett til helseavdelingen, der *Fengselslegen* tar dem inn på sitt kontor. Noen av informantene forteller at det også hender de går på legebesøk på cella også. I tillegg til pasientkonsultasjoner, kan dagen innebære papirarbeid som signering av rekvisisjoner, resepter, innhenting av epikriser, godkjenning av blodprøver osv. På større helseavdelinger, kan leger ha jevnlige møter med et psykiatrisk fagteam. Som vi så i forrige kapittel, har *Fengselslegen* kontakt med en rekke personer og offentlige instanser som er plassert utenfor fengselet. Dette er naturligvis arbeid, og en del av *Fengselslegens* arbeidsdag.

Da jeg snakket med *Fengselslegen*, var jeg blant annet interessert i gjennom hvilke veier fanger havner i *Fengselslegens* blikkfang. Jeg spurte også om helt konkrete måter fangene blir pasienter under helseavdelingens ansvar, samtidig som diskusjoner rundt hvor helseavdelingens ansvar begynner og slutter generelt var et underliggende gjennomgangstema i intervjuene. *Fengselslegen* fortalte at fangene kan bli satt opp til time også om de ikke skriver lapp. Fengselsbetjentene på avdelingene kan varsle dersom de

mener at en fange har behov for helsehjelp. De sier fra til sykepleier, som setter opp time hos *Fengselslegen*. Eller sykepleierne tar selv initiativ om de oppfatter at det er behov for det når de er ute i fengselsavdelingene. Dette er en ordning *Fengselslegen* stort sett er fornøyd med, både sykepleiere og betjenter har mer kontakt med fangene og kan følge med hvordan de har det bedre enn ham<sup>123</sup>. Men i utgangspunktet har fangene ansvar for å bestille time selv, slik det fungerer ute i samfunnet.

### 6.3 Hvor og hvordan blir isolasjon gjort synlig for *Fengselslegen*?

Jeg spurte om helseavdelingen hadde tilsyns- eller varslingsrutiner for varetektsfanger og/eller isolerte, og hvem som avgjorde om disse hadde behov for helsetjenester. Her oppstår et viktig skille mellom fanger som er plassert på sikkerhetscelle, og fanger som sitter mer eller mindre avskåret fra sosial omgang med medfanger og andre (isolerende) restriksjoner. Vi skal se at den første kategorien utløser klare rutiner. Den andre kategorien er langt mer diffus, både når det kommer til hvem de er, hva som skal gjøres eller hva som faktisk blir gjort.

Som beskrevet i kapittel 3, er det forskjell på isolerende tiltak når fangen sitter utelukket fra fellesskap på egen celle og det som kalles ”sikkerhetscelle”. Straffegjennomføringsloven bestemmer hva som skal til for at fengselet kan ta i bruk sikkerhetscelle, som er det nest mest brukte av tvangsmidlene fengslene har<sup>124</sup> (andre tvangsmidler er sikkerhetsseng, gass, kølle, håndjern og skjold). Sikkerhetscellen er en celle med ”madrass og et hull i bakken”, slik en av informantene omtalte det. Reglene sier at ”Uttalelse fra lege skal så vidt mulig innhentes og tas i betraktning ved vurderingen av om det skal besluttes bruk av sikkerhetscelle eller sikkerhetsseng.” (Kriminalomsorgen 2008:41). Men det kan også være at en sykepleier vurderer det om legen ikke er til stede:

Hvis jeg ikke er på jobb går sykepleierne inn gjerne før de settes på den sikkerhetscellen for å sjekke om det kan avverges eller om det er grunner til at han ikke bør inn der i det hele tatt. Og hvis ikke helseavdelingen er åpen, så ringer de

---

<sup>123</sup> Dette beskrives nærmere i delkapittel 6.6.

<sup>124</sup> Sikkerhetscelle ble rapportert brukt 275 ganger i fengsler i Norge i 2007. Det mest brukte tvangsmidlet er håndjern. Tallene framgår av tabell i Kriminalomsorgen 2008:41.



hjem til meg. Eller legevakta. Og så sier de fra at den og den situasjonen har vi, og vi tenker at han må inn på sikkerhetscelle.

Helseavdelingen gir beskjed om hvor mye tilsyn de mener fangen bør ha, og betjentene utøver mye av tilsynet om den isolerte ikke har det bra:

Det er vinduer helt øverst og så står de i en stige og ser ned. Hvis ikke så, i samarbeid med helse, så sier vi at de skal ha tilsyn hver halvtime, hvert kvarter, hver time, og kanskje fem ganger i døgnet etter hvert, og så vurderes det fortløpende om de skal ut.

M: Hvor lenge kan de sitte der da?

I: Det er jo ikke noen regel på det som jeg kjenner til. Av maksgrense da. Men vi vet jo at det ikke er bra. Så det skal jo begrenses, og det står det jo i alle fengselets retningslinjer.

Sikkerhetscelle er den mest ekstreme isolasjonsformen og har som oftest kort varighet<sup>125</sup>. Innsettelsen utløser klare tilsynsrutiner i helseavdelingen. Blant skjemaene og malene jeg fikk kopi av på en av helseavdelingene, fantes for eksempel et skjema for tilsynsbesøk med egen rubrikk for hvor lenge isolasjon skulle vare. En av legene her fortalte at det også var faste tilsyn av pasienter i faresonen, og jeg fikk i tillegg et skjema for tilsyn av disse (her krysser en av for årsaken til tilsynet: abstinens, psykisk sykdom eller selvmordsfare). Dette er skjemaer for signering når tilsynet er gjort, og det synes som om det er sykepleierne som i hovedsak gjør det.<sup>126</sup>

Praksisen rundt å følge med på fanger som sitter på restriksjoner, enten domfelte eller varetektsfanger, viste seg å være ganske annerledes. Jeg spurte konkret om faste rutiner for tilsyn, og *Fengselslegen* (alle informantene) forteller at det ikke finnes. Slike rutiner har altså ikke bare forsvunnet ut av tekstene, de har også blitt borte i praksis. Siden legeetiske aspekter ved tilsyn av isolerte var en av hovedinteressene i oppgaven, stilte jeg mange spørsmål rundt dette for å forstå konkret hva som ble gjort og hva *Fengselslegen* tenkte om det. Det var tidvis vanskelig å få klarhet i hvordan det foregikk.

Det eksisterer altså ikke faste rutiner for tilsyn av varetektsfanger på isolerende restriksjoner (på ”vanlige”/møblerte celler), domfelte som er utelukket fra fellesskap, eller

<sup>125</sup> Kun 5 prosent varte over tre døgn i 1999, ifølge Hellevik (2001:16). Kriminalomsorgen rapporterer ikke lengde på isolasjon.

<sup>126</sup> Ingen leger har fortalt at de bruker slike skjemaer. Ellers fikk jeg kopi av påmeldingslappen fangene bruker, skjemaet som fylles ut under kartleggingssamtale ved mottak, fullmakt til utlevering av pasientopplysninger, skjema for blodsuktermåling, skjema for sårskift, observasjonsskjema for abstinens, skjema ved sultestreik samt brevmal til den sultestreibende fra helseavdelingen, mal for henvisninger til Fengselspsykiatrisk poliklinikk, observasjonsskjema ved commotio (hjernerystelse), samt avtale om opphevelse av taushetsplikt ved metadonbehandling. Slike papirer inngår i materialet for denne studien, men det framgår ikke av papirene hvem på avdelingen som tar dem i bruk.

frivillig isolerte. Men flere av informantene svarte på spørsmålet om tilsynsrutiner med å fortelle at sykepleierne hadde daglig kontakt med fangene i forbindelse med utdeling av medisiner på avdelingene. Sykepleierne visste om dem, og kunne fange opp problemer da. Men da jeg spurte om alle gikk på medisiner, viste det seg at ikke alle gjorde det. Så den daglige kontakten med sykepleierne gjelder ikke nødvendigvis alle. Mange av legene sier at betjentene følger godt med, det er de som har mest kontakt med fangene. Betjentene gir beskjed til sykepleierne om de er bekymret for helsetilstanden til den isolerte. Mange av legene oppfattet at betjentene var flinke til det, selv om flere mente at de nok ikke fanger inn alle på denne måten. Det henger blant annet sammen med at mange fanger oppfatter helsepersonellet annerledes enn de som er ansatt i fengselet, dette tillitsaspektet i relasjonene er nettopp en av hovedgrunnene til at helseavdelingene ikke er en del av fengselet<sup>127</sup>. Fengselsbetjentene har heller ikke medisinsk fagkompetanse. Enkelte av legene forteller at helseavdelingen neppe fanger opp alt, de er jo tross alt avhengige av at fangene ønsker hjelp eller viser at de trenger det. Men informantene føler som oftest at betjentene følger godt med, og at sykepleierne er såpass mye ute på avdelingene at de kan følge opp. Arbeidsdelingen er slik. Legene har tillit til de andre og deres arbeid.

Som vi så i kapittel 4, er det ingenting i tekstene fra helsefaglig hold som spesifiserer fengselslegenes ansvar for fanger i varetekt og isolasjon. Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet nevner ikke sikkerhetscelle med et ord, og det står svært lite om isolasjon og varetekt. Straffegjennomføringsloven beskriver derimot ganske detaljert om *varsling* til lege: ”Etter strfgjfl. § 37 sjette ledd kan den innsatte som er helt eller delvis utelukket fra fellesskapet, flere ganger daglig tilses av en tilsatt. Lege skal varsles om utelukkelse uten ugrunnet opphold. Det samme gjelder i forhold til varetektsinnsatte som ikke har fellesskap med andre innsatte, eller som har vesentlige innskrenkninger i fellesskapet, jf. retningslinjene.” (Storvik 2003:261). Straffegjennomføringsloven sier altså at legen har et spesielt ansvar ved både delvis og full isolasjon/utelukkelse fra fellesskap. Dette ser ut til å være i tråd med Fengselsstyrets rundskriv om varetekt fra 1997<sup>128</sup>. Det litt pussige er at ingen av informantene fortalte om dette, altså at hun eller han rutinemessig varsles om domfelte eller varetektsfanger utelukkes helt eller delvis fra fellesskapet. Om de likevel blir

---

<sup>127</sup> Det er velkjent at fanger kan ønske en avstand til betjentene eller skjule problemene sine overfor dem, og derfor kan de ha vansker med å oppdage problemer som utvikler seg (Koch 1983:29).

<sup>128</sup> Slik det er gjengitt i Gamman (2001:43-44). Originalen har som vist i delkapitlet ”4.3 Jakten på instruksene som ble borte” ikke vært mulig å oppdrive.

varslet, utløser uansett ikke varslingen noen faste rutiner eller spesiell oppmerksomhet fra legens side, ut fra hva legene selv sier.

Utover det sykepleiere fanger opp, enten selv eller via fengselsbetjenter, har *Fengselslegen* én klar mulighet igjen til å oppdage helsemessig negative konsekvenser som kan utvikle seg hos de isolerte. Det er om de får dem som pasienter til time for forhold som ikke er uttalt knyttet til isolasjonsskader. Når pasienten kommer inn til time, vet *Fengselslegen* da om vedkommende sitter på dom eller varetekt, på restriksjoner og eventuelt hvor lenge? Dette er ikke noe som nødvendigvis flagges for legene.

M: Står det også hvor lenge de har sittet, eller hvor lenge de skal sitte?

I: Det ser jeg fordi, nei det er det man ikke vet. Man vet jo aldri hvor lenge folk skal sitte. Men jeg ser jo når den inntakssamtalen var da. Så det kan være alt fra måneder til år. Uker.

M: Men har du opplevd at du har hatt pasienter hvor de har sittet i varetekt eller isolert over lengre tid?

I: Hmm ... Jeg har ikke tenkt på det som et problem før du sier det nå. Jeg er nok ikke sånn at jeg ser spesifikt på det. Nei.

M: Så du kan ikke huske at du har-

I: Reagert på det nei.

M: Og du kan ikke huske heller at du har hatt noen inne som har sittet for eksempel i varetekt over lang tid eller at du kan huske at ...

I: Jo, det har jeg.

M: Hvor lang tid var det snakk om da?

I: Nei, det har jo vært ... Det har vært tre måneder eller lenger.

M: Har du hatt tilsyn eller kontakt med dem i den perioden?

I: Tilsyn i cellen mener du?

M: Ja, eller at du på en eller måte har hatt kontakt med dem?

I: Kontakten min er at de blir fulgt til med fremstilling<sup>129</sup>. Ja, så sånn sett så har jo, de har jo vært hos meg.

Når pasientene er inne til time, ser *Fengselslegen* på dataskjermen og leser hva sykepleierne har skrevet om pasienten. Her ligger også skjemaene som blir fylt ut under inntakssamtalene som alle fangene skal ha når de kommer til fengslene. Det er stort sett sykepleierne som har denne samtalen, der de går gjennom sykehistorien til pasienten: fysiske og psykiske problemer, rus, om de er under behandling for noe og har faste medisiner, og ellers generelle plager (det kan være søvnproblemer, hudproblemer osv.). Informasjonen er tilgjengelig på datamaskinen til *Fengselslegen*, og om hun eller han ser etter, er det mulig å

---

<sup>129</sup> Fremstilling er når en fange får komme ut av fengselet i følge med én eller flere betjenter (Fridhov 1997:315). Formålet med fremstilling kan være ulike, men når informantene i denne undersøkelsen snakker om tilfeller av fremstilling, er det der fangen forlater fengselet for behandling eller undersøkelser av spesialister som ikke kan gjøres av fengselshelseavdelingen.

se ut fra *datoen* for inntakssamtalen hvor lenge pasienten har sittet i varetekt i fengselet for eksempel. Men man må selv se etter, og det blir legene som vist ikke nødvendigvis oppmuntret til. Under intervjuene kom det også fram at flere av informantene ikke hadde tenkt på at de hadde den muligheten heller.

Hvorvidt pasienten sitter på varetekt eller dom, er mer relevant for legene i forbindelse med vurdering av behandlingsopplegg som varer over tid; er pasienten varetektsfange, venter de heller med å sette i gang behandling om det ikke er akutte problemer. Det er fordi det er umulig å si hvor lenge (og hvor) pasienten kommer til å sitte i varetekt. Mange av legene påpeker at hva pasientene er dømt for, er og skal være uvesentlig. Behandling av pasientene skal ikke påvirkes av at de er dømt til fengselstraff. Dette nevner flere av informantene i forbindelse med spørsmål om legens ansvar for å følge med på om fengselsoppholdet i seg selv gir skadeutvikling på dette området. Samtidig mente noen av informantene at det hadde vært en fordel å vite hva fangene var dømt for å ha gjort, for å kunne ta initiativ til behandlingsopplegg under soningen om han eller hun for eksempel visste at pasienten var dømt for seksuelle overgrep.

## 6.4 *Fengselslegens* muligheter når isolerte får helseproblemer

Fravær av (normal) sosial kontakt med pårørende og medfanger i samme situasjon, inaktivitet og usikkerhet om framtida, er forhold som kan gi både fysiske, psykosomatiske og psykiske plager. Når problemene oppstår, hva kan *Fengselslegen* gjøre? Innleggelse på psykiatrisk eller somatisk sykehus kan skje i alvorlige tilfeller. Ellers har *Fengselslegen* stort sett tre alternativer: Behandling (medisinering og samtale med lege og sykepleier), henvisning til psykolog/psykiater eller tiltak ute i fengselet.

Nei, det blir jo ... for det første så må jeg jo kartlegge det, se hvor det er depresjon eller hvor dyp depresjonen er. Det kan en lege gjøre. Og så kan man sette folk på medisiner. Antidepressive medisiner. Man kan henvise til psykiatrisk fagteam for samtale og oppfølging, eventuelt utredning av andre bakenforliggende problemer. Vi har også mulighet til å snakke med betjentene om at denne pasienten, denne innsatte trenger kanskje litt mer oppfølging, dere må være obs på ham. Så blir det liksom både sånn medisinsk og psykososial oppfølging. ... Trening.

M: Trening?

I: Ja, det er jo mulig å trene i fengselet. Det er jo også fysioterapeuter som kan jobbe med de innsatte, ettersom mange er deprimerede og som får psykosomatiske, altså får smerter, kroppslige smerte som et symptom da.

Det er en glidende overgang mellom psykiske og fysiske (somatiske) problemer, og de er ofte ikke så enkelt å skille. Fysiske uttrykk for psykiske plager kan også behandles, for eksempel er dyspepsi (sure oppstøt) og plager fra muskel-skjelett-systemet noe av det som det fins medisiner for. Men mye av problemene er av psykisk karakter, og da kan *Fengselslegen* både skrive ut medisiner og henvise til psykiater/psykolog, som dermed også kan ta over ansvaret for oppfølging overfor fengselet. Ellers kan *Fengselslegen* ta kontakt med betjentene ute på avdelingene, og be dem legge til rette for fangen. Mange av informantene gir uttrykk for at de opplever at betjentene følger godt med og gjør det de kan innenfor rammene de har. Det kan være økt lufting, hyppigere kontakt og samvær med betjentene, eller tiltak på cellen:

Det er ofte det går via 1. betjent ikke sant, som da, hvis helseavdelingen sier at vi er litt bekymra for den og den isolerer seg, hva kan vi gjøre? Kan vi ha åpen luke for eksempel? Fordi da føler, for det er noen som hyperventilerer ikke sant, har litt problemer, og står ut vinduet og må ha luft, ikke sant. Og da kan vi ha luka åpent, så de føler at de får litt gjennomtrekk og får litt luft. [...] Og så er det og hvor det er noen som tar dem med ut og sier nå kan vi gå når det ikke er andre ute. Ikke sant, vi går en liten tur.

Både legen og psykolog/psykiater kan be om at betjentene på avdelingene gjør spesielle tiltak overfor pasienter, men de kan ikke beordre slike. Deretter blir det opp til kapasiteten på avdelingene og dessuten hvordan fengselet vurderer sikkerheten. Spørsmålet om bemanning synes å være et tema som går igjen, og det får følger for mulighetene til å lempe på isolasjonen. ”Tilgjengelighet, ikke sant. Hvis det ikke er noe folk tilgjengelig, så blir de sittende.” Om en som er isolert får angst og kunne ha godt av en åpen dør en stund, fordrer det at en betjent kan stå og følge med. Slike begrensninger drøftes nærmere i neste kapittel.

## 6.5 Uklart om muligheter gjelder varetektsfanger

*Fengselslegen* opplever å ha muligheter, det er ulike løsninger om isolerte får helseproblemer. *Fengselslegen* ber fengselet om å gjøre tiltak overfor pasienten. Men under intervjuene kunne det være vanskelig å få klarhet i hva tiltakene kunne gå ut på. Vi skal se hvordan dette arter seg i intervjuutdragene under. For samtidig som legene opplever at fengselet tilrettelegger i samarbeid med helseavdelingen, viste det seg at en del av legene ikke alltid hadde de mulighetene de trodde når det kom til *isolerte varetektsfanger*:

M: Men har du opplevd at det har vært akutte situasjoner, hvor helseavdelingen her har ment at nå er-

I: Ja, men når det blir en akutt situasjon, så flytter vi dem med en gang til avdeling X<sup>130</sup>.

M: Mmm. Hjelper det?

I: Ja, det hjelper veldig mye.

M: På hvilken måte?

I: Fordi de får mye tilsyn av både betjentene og sykepleiere. De får mer fellesskap med andre. Og det er mange som synes det er bra å være der.

M: Ja. Men da har de mulighet til å få fellesskap med andre?

I: Ja, på avdeling X.

M: Ja. Og da er fellesskapet, hvordan er det der? Jeg har ikke vært der jeg, men er det fellesrom og ...

I: Ja, fellesrom og åpen dag og de kan gå rundt inni avdelingen, ikke som andre. Så det er mer frihet.[...] Hvis vi får en pasient som er dårlig, og han trenger tilsyn, så sier vi bare fra til dem, så blir de overført. Så jeg har ikke opplevd at det er noen som har sagt nei. Aldri.

M: Og da får alle som har kommet på avdeling X ha samvær med andre fanger også?

I: Alle i fengselet som er dårlige går til avdeling X.

M: Og da har de samvær med andre fanger også? Alle på avdeling X?

I: Ja, ja, ja, de som er dårlige på avdeling X.

M: Ja. Men gjelder det også de som har for eksempel brev- og besøksforbud eller som er under etterforskning hvor politiet for eksempel har bedt om restriksjoner fordi de ikke har hatt rettssak og sånne ting?

I: Jeg vet ikke noe om det.

M: Nei. Det forstår jeg.

Ikke før jeg hadde insistert på å forstå i detalj hva tiltaket gikk ut på, og for hvem det gjaldt, ble det klart at legen selv ikke var klar over om han faktisk hadde en mulighet til å lempe på fengselsmessige forhold som isolerte varetektsfanger kunne få problemer med. En annen lege på samme avdeling hadde det på samme måten:

M: Det er jo på en måte et spørsmål om hvilke muligheter du har til å påvirke situasjonen til de pasientene du har, da.

I: Mmm. Vi har mulighet til å flytte pasienter til avdelinger hvor det er bedre og tettere oppfølging i perioder, det har vi.

M: Hva slags avdeling er det?

I: Ja, det er en avdeling hvor det er mer tilgjengelige betjenter, og det er litt mer utgang, altså alt er lempet litt på da.

M: Mmm. Også det med samvær og sånn eller?

I: Det vet jeg ikke detaljene i.

M: Nei.

---

<sup>130</sup> Avdelingen er anonymisert.

I: Tenker du med pårørende?

M: Ja både med pårørende, men også med medfanger eller ...

I: Ja mer samvær med ... Ja det ligger vel i det at de har fått utvidet disse tingene.

M: Ja. Men kan de det også med varetektsfanger? Som ikke ...

I: Ja nå spør du vanskelig. Det vet jeg faktisk ikke. Det vet jeg faktisk ikke. Nei.

Når legene ikke vet eller er usikre på hva tiltakene i praksis innebærer og for hvem, kan de selvsagt ikke fortelle meg det. I intervjuene der utdragene over er hentet fra, lyktes jeg ikke med å forstå hva legenes muligheter for lempninger (som sosialt samvær med medfanger) innebar for varetektsfanger. Informantene selv hadde heller ikke tenkt på det som noe problem.

## 6.6 Det er avstand mellom *Fengselslegen* og fangene

Som vist av kartet og gjennomgangen av hvordan legenes arbeid er koplet med andres i forrige kapittel, er legens arbeid en del av en større arbeidsdeling mellom mange parter (både innenfor og utenfor murene). I hverdagen kan det være flere ”ledd” mellom legene og fangene. En av informantene fortalte at sykepleierne på helseavdelingen var tilknyttet hver sin fengselsavdeling, hvor de gikk gjennom fangenes situasjon på morgenmøter, også de isolerte. Her vil sykepleieren få vite hvordan det går. Om de foregår akkurat slik på andre fengsler, går ikke fram av mitt materiale. Men det er helt sikkert at sykepleierne kjenner forholdene og fangene bedre enn legene. Mens *Fengselslegen* er ”lege på allmennlegekontor”, er det først og fremst sykepleierne som tilbringer tid ute på avdelingene. *Fengselslegen* har tillit til at sykepleierne og betjentene følger med, og at de varsler *Fengselslegen* om det er noe hun eller han bør se på. Det hører mer til deres jobb enn til *Fengselslegens*. Da jeg fortalte en av informantene om reglene for tilsyn slik de sto beskrevet i veilederen fra Helsedirektoratet i 1987, opplevde han praksisen som urealistisk:

For den gangen så var regelen at man skulle ha regelmessig tilsyn én gang per uke, eller legen skulle ha da.

I: Oj! [informanten ler]

M: Ja.

I: Det har vi ikke tid til.

Legenes arbeid foregår ikke mye ute i fengslene. En av legene hadde på intervjutidspunktet jobbet et halvt år i fengselet, uten å ha sett cellene eller blitt vist rundt på avdelingene i fengslene. En annen lege, som hadde jobbet kortere i fengselet, opplevde dette som en side

av en mangel på kultur for å informere og involvere legen i fengselets særegne virkelighet og hverdag. Han måtte ta initiativ til en omvisning selv:

Jeg kom på fengselet, første dagen jeg skulle jobbe, og da hadde jeg knapt fått meg det kortet og jeg hadde ikke alarm. Og da er sånn: 'Og så skal du ha de pasientene'. Så sier jeg 'ja, men jeg har ikke sikkerhetsklarering, jeg har ikke alarm, hvem skal vise meg rundt? Hvordan, hva er dette for noe?' Det er sånn typisk lege, første dag på jobb. Sykepleier går gjerne sammen med noen andre i to uker, de kan være så usikre de bare vil. Ja, daglig leder var på ferie den uken, hvem har da ansvaret? Det er ikke bra! Her om dagen fikk jeg en omvisning da, etter fire uker, og det er sånn, 'Kan vi gjøre det nå?' Det er ikke noe kultur for noe. Det er ikke noe kultur. Og det burde det være. Jeg vet ikke om det er noe gjengs for de andre fengslene ...

Som nevnt har fangene mange av de samme plagene som folk flest og som legene har mye kunnskap om. Men det spesielle ved fengselskonteksten, de fysiske rammene rundt pasientenes hverdag som kunne være relevant for deres fysiske eller mentale helse, var uklar for legen som ikke hadde fått omvisning. Denne informanten kunne ikke fortelle så mye om hvordan fengselet var bygget opp og hvordan soningsforholdene var for sine pasienter. Med tanke på sitatet over, er ikke det så underlig. Leger som har jobbet over tid i fengselet forteller gjerne detaljert om hvordan fangene sitter, og om hvilke særpregede helsemessige problemer som er knyttet til ulike soningsforhold og hvor fangene er i straffeprosessen. Dette har leger som ikke har jobbet så lenge både færre tanker og mindre kunnskap om<sup>131</sup>.

En av legene som hadde jobbet lenge i fengselet, mente at legene kanskje burde vært mer ute i fengselet:

Det har jeg tenkt på at kanskje vi skulle gått en runde av og til, sant. Men det er ikke lagt inn noen sånn rutine på at det, at vi kanskje ville fått bedre oversikt over fengselet på en måte. Eller vi ville forstått fengselet kanskje bedre hvis vi på en måte visste hvor, hvor alle var [...]

Denne legen fortalte at han i noen tilfeller hadde kommet til pasientene i cella, selv om det ikke var absolutt nødvendig. Det var nyttig for ham å se hvordan de har det der.

---

<sup>131</sup> Jeg kommer tilbake til denne typen variasjoner i delkapittel ”7.3 Ulike holdninger”.



## 7. Snakk om varetekt og isolasjon: Aksept, samarbeid og konflikt

People who are talking experience use the language of everyday life. Social organization is present in that language. (Smith 2005:132)

Vi har nå sett på prosedyrer, tekster, rutiner og kollegers arbeid rundt legene som gjør varetekt og isolasjon synlig for legene. Når de så har ”sett det”, hvilke implikasjoner har de selv erfaring med at varetekt og isolasjon kan ha? Og hva slags holdninger har de til praksisen? Vi skal her se på hvordan legene prater om varetekt og isolasjon, både konkrete tilfeller og generelt som fenomen. Varetekt og isolasjon er fengselets ekstremvariant, og kan sette konflikten mellom fangens behov for helse og politiets behov under etterforskning eller fengselets behov for straff og bevoktning på spissen. Det er også i fortellingene om disse tilfellene, at grensen mellom fengselets og helseavdelingenes oppgaver og muligheter tegnes klarest opp. Og dermed legenes syn på eget mandat og påvirkningsmuligheter.

Legenes snakk om varetekt og isolasjon synliggjør aspekter ved forholdet mellom deres meninger og en institusjonell praksis. Enda viktigere er at det her kommer fram hvor legene plasserer seg selv og fengselshelsetjenesten i møtet mellom helbred og straff. Hvor og hvordan demarkasjonslinjen tegnes opp er sentral for forståelsen av hvordan ”det hele foregår”.

### 7.1 Medisinske vurderinger og erfaringer med isolasjon av domfelte

Informantene hadde lite å fortelle om situasjonen til domfelte som satt helt eller delvis utelukket fra fellesskapet som ”forbyggende tiltak” eller et resultat av bygningsmessige eller bemanningsmessige forhold.<sup>132</sup> Unntaket er sikkerhetscelle. Som vist i forrige kapittel utløser tiltaket skjerpet oppmerksomhet og oppfølging fra helseavdelingen<sup>133</sup>. Men hva de andre restriksjonene innebar – om det forekom og om det angikk fengselshelseavdelingen – var høyst uklart for brorparten av informantene. Disse kunne ikke fortelle om erfaringer med

---

<sup>132</sup> Se beskrivelse av denne isolasjonspraksisen i punktet ”3.1. Isolasjon og varetekt i norske fengsler”.

<sup>133</sup> Erfaringer herfra er ganske entydige, og allerede redegjort for i forrige kapittel. Derfor er forhold knyttet til *sikkerhetscelle* holdt utenfor dette kapitlet.

denne gruppa fanger, eller noe særlig om praksisen. Erfarne informanter kunne det, men hadde ikke mye på hjertet da jeg spurte om det. Som vi har sett, har ikke legene nødvendigvis noen kontakt med fanger på restriksjoner.

I den gamle veilederen for fengselshelsetjenesten omtaltes oppfølging av personer som er isolert frivillig eller av fengselet. I tillegg finnes en spesiell omtale av (og rutiner for) mer eller mindre isolerte varetektsfanger. I den nye veilederen står det kun om en form for restriksjoner overfor domfelte: ”Dersom det er grunn til å tro at den innsatte lider fysisk eller psykisk som en følge av disiplinærsak, skal helsetjenesten så snart som mulig følge med på den innsattes helsetilstand så lenge tiltaket pågår.” (SHdir 2004:25). Det kan synes som om dette er sykepleierens oppgave, uten at legen varsles eller deltar i arbeidet med å ”følge med på den innsattes helsetilstand”.

Under et av intervjuene var legen usikker på hva restriksjoner kunne gå ut på. En sykepleier kom tilfeldig inn, og legen spurte henne om det var innsatte som satt på restriksjoner i fengselet: Hun visste noe, men ”turte ikke si det”. Fengselet har sitt eget system, sa hun. Legen mente at det nok ikke var legens oppgave. Da sykepleieren gikk ut, forklarte han meg at han ”hører, men går ikke i deres systemer. [...] Og jeg interesserer meg mest for deres helse”. Legen opplevde ikke at restriksjoner var noe som angikk fengselshelseavdelingen. Mange av de andre informantene ga uttrykk for det samme. De ser det som en ”fengselsteknisk sak”, et middel fengselet har for å straffe eller stimulere adferd.

Som en følge av at legene hadde lite å fortelle om former for isolering av domfelte, spurte jeg dem i stedet om erfaringer med varetektsfanger som satt mer eller mindre isolert fra sosial omgang med medfanger og familie/venner<sup>134</sup>. Det var også dette som i utgangspunktet interesserte meg.

## 7.2 Medisinske vurderinger og erfaringer med isolasjon av varetektsfanger

Informantene ble spurt om helseproblemer blant fanger generelt og deretter helseproblemer blant isolerte, spesielt varetektsfanger. Hvilke problemer har de? Alle informantene hadde erfaringer med denne pasientgruppa, og alle fortalte om plager og helseproblemer som var

---

<sup>134</sup> Selv om mye kan gå over i hverandre, kanskje også blitt sammenblandet under intervjuene, er det ut fra oppgavens problemområde et poeng å skille de ulike formene for isolasjon fra hverandre. Dette strebet jeg etter under intervjuene også..

direkte knyttet til situasjonen fangene var i. Det varierer hva legene legger vekt på av tilstander, men noe går igjen. Plagene knyttes til det akutte rundt det å settes i varetekt, isolering over tid og plager fangene har med seg "utenfra" og som forverres av å sitte innesperret.

Plagene som henger sammen med det å settes i varetekt, dreier seg om akutte abstinenser, og/eller reaksjoner på det å bli revet ut av en livssammenheng, med påfølgende usikkerhet og uro for hva som skjer videre. Den fengslede kan også ha gjort noe det er tungt å tenke på, og har i tillegg kanskje ikke mulighet til å forklare seg for sine nærmeste. Fangene er spesielt sårbare i den første tida, forteller mange av legene. Det er også i de første ukene at selvmordstallene er størst i Norge (Hammerlin 2000), noe flere av legene nevnte.

Andre plager knyttes til det å sitte isolert over tid etter de akutte første ukene. Her er det også variasjoner i hva legene forteller om. Jeg spurte informantene hva som er vanlig. Det som går igjen er søvnproblemer, smerter i rygg og nakke, hodepine, mageproblemer, vektreduksjon, angst og depresjon. Mange sier at psykiske problemer er det virkelig store problemet. Én lege fortalte i tillegg om problemer med dybdesyn og tåkesyn, og trodde det hang sammen med at man ikke får trent øynene inne på cella.

Legene knytter plagene til inaktivitet, usikkerhet og "tankekjør" som en følge av situasjonen, stress og det å være innesperret. Fangene blir ofte deprimerte eller stresset av isolasjonen, og må behandles med antidepressiva eller beroligende medisiner som kan dempe eller fjerne symptomene. Samtidig har de fleste problemer fra før: "Den grunnleggende helseproblematikken har de nok med seg utenifra, men symptomene forverres av å være innlåst i et fengsel og bedres når de kommer ut i åpen soning. Helt klart." Trass i enkelte variasjoner i hva informantene legger vekt på, har altså alle erfaringer med symptomer og plager som de knytter spesifikt til det å sitte isolert som varetektsfange.

### 7.3 Ulike holdninger

Da jeg spurte om erfaringer med helseproblemer knyttet til isolasjon, kom det også fram hva informantene mente om praksisen. Det er vanskelig å behandle holdninger til isolasjon for seg. For i flukt med disse ytringene, faller det alltid tanker om hvordan de kan håndtere sin egen kritikk eller sine bekymringer i praksis. Jeg kommer tilbake til hvor og hvordan informantene tegner opp grensene for egne holdningers betydning.

Flere av informantene hadde en klar oppfatning av at isolerende tiltak uansett var skadelig og derfor negativt. Enkelte andre kunne være mer opptatt av å løfte fram

variasjonene i hvor sensitive isolerte var for situasjonen, eller svare på spørsmål om plager med at mange faktisk velger isolasjonen frivillig. Selvisolering kan være en mestringsstrategi for sosialangst eller sikkerhet mot ruspress og trusler fra medfanger<sup>135</sup>.

Brorparten av informantene, både de fengselskritiske og de som var mer positive eller aksepterende overfor fengsel generelt, oppdaget under intervjusamtalene at problemer knyttet til isolasjon av varetektsfanger var noe de ikke hadde reflektert så mye over. Mange kjente til "torturkritikk" av norsk varetekstpraksis, samtidig som de ikke hadde tenkt over at den kritikken kunne spille en rolle på deres arbeidsplass<sup>136</sup>:

Nå har jeg på en måte bare tatt det for gitt at det er sånn det er på en måte. Og så ikke, nesten ikke, jeg tror ikke egentlig jeg har reflektert så mye over det. At det var sånn det var når de satt i varetekt. Det var som du sier det at de ikke skulle forspille bevis, at de ikke skulle få snakke med andre, eller ikke bli tilført informasjon, at du kunne forandre på forklaringer. Jeg tenkte at det var vitsen med det, men... Og jeg har ikke tenkt at det skulle være veldig annerledes i andre land, men når jeg tenker på det så er det selvfølgelig, jeg har jo lest eller det vet jeg jo egentlig. [...] Jeg har jo fått med meg det at Amnesty har klaget på det. At det med å sitte i varetekt i Norge, det har jo, jeg har jo registrert det.

Det er variasjon mellom informantene på mange områder: kunnskap om soningsforholdene ute i fengselet og hva tiltak som kan lempe på problemer innebærer, samt variasjoner i hva de forteller om helserelaterte konsekvenser av isolasjon. Isolerte og varetektsfanger er vage kategorier for en del av informantene, men ikke alle. Det er stor forskjell på i hvilken grad informantene har tenkt på varetekt som et helseproblem, og dessuten om det i tilfelle angår fengselshelseavdelingen. Samtidig som det er store variasjoner mellom informantene i hvordan de opplever praksisen, er det også tidvis avstand mellom det en og samme informant sier på ulike tidspunkt av intervjuet. Flere informanter kunne uttrykke sterk skepsis til isolasjon av varetektsfanger og helsemessige konsekvenser av det, samtidig som det etter hvert viste seg at de ikke anså disse helsemessige konsekvensene som noe som

---

<sup>135</sup> Mange informanter uttrykker bekymring for fanger som isolerer seg selv. I den nye veilederen (se Sosial- og helsedirektoratet 2004) nevner ikke SHdir slike situasjoner, mens fanger som isolerer seg selv ifølge den gamle veilederen (se Helsedirektoratet 1987:45) skulle ha jevnlig legetilsyn. En trenger ikke ha godt av isolasjon, selv om en av ulike grunner isolerer seg selv.

<sup>136</sup> Dette kom blant annet fram i forbindelse med et spørsmål i intervjuguiden som var laget for å gripe hvorvidt debatten om norsk bruk av varetekt og isolasjon var kjent og hadde påvirkning i fengselshelsetjenesten, altså hvorvidt det fantes en empirisk kopling mellom legene og kritiske tekster (disse er omtalt i kapittel 3). Ingen av informantene svarte at kritikken eller debatten hadde hatt betydning på deres arbeidsplass. Spørsmålet var: "Norsk praksis særlig med isolering av varetektsfanger har fra tid til annen vært kritisert av blant andre Europarådets torturkomité, og innimellom av kriminologer og psykologer blant annet. Har du vært opptatt av den debatten? Har den hatt noe å si på arbeidsplassen din?"

angikk helseavdelingen eller sitt eget arbeid. De kunne altså ha erfaring med plager knyttet til isolasjonen, og være både kritisk til fengselssystemet og varetektspraksisen. Men at praksisen skulle utløse initiativer fra dem, var ikke nødvendigvis noe de hadde tenkt på. Kunnskap om skader, eller kritisk syn på fengselet, gir ikke opphav til en bestemt handling i seg selv. De fleste opplever likevel isolasjon som noe klart negativt. Det er ikke så overraskende, i og med at alle hadde erfaring med negative helsemessige konsekvenser av isolasjon.

## 7.4 Praksis er den samme

Både de som opplever isolasjonen som noe klart negativt, de som poengterer positive aspekter, og de som ikke mener noe bestemt om den – altså alle – gjør i praksis det samme. Som vist finnes det ikke institusjonalisert og fast oppfølging av eller tilsyn med isolerte (utover isolat, som jeg har nevnt ikke behandles her). Det er ingen direkte kopling mellom informantenes kunnskap og holdninger til fenomenet, og deres handlinger.

Varetekt og isolasjon er et ikke-tema i tekstene som ”styrer” legenes arbeid. Temaet er ikke et diskursivt anerkjent problem *innenfor* systemet, og det er lite standardiserende tekster som koordinerer legene til å utføre arbeidet på samme måte. Når de har den samme praksisen – også når de opplever og omtaler den på ulike måter når jeg bringer temaet til intervju samtalen – er dette institusjonelt betinget. Det er tre hovedtrekk ved hva og hvordan informantene forteller om sitt arbeid som gjør det høyst begripelig at det er slik: 1) Informantenes praktiske erfaringer med hvordan problemene løses. 2) Hvordan legene ser sin egen rolle og fengselshelsetjenestens mandat overfor fengselet, og hvordan uenighet og konflikt bør løses. 3) Hvorvidt kritiske innvendinger oppleves som relevant for hverdagen innenfor de norske fengelsmurene. Resten av kapitlet omhandler disse tre forholdene.

## 7.5 Praktisk erfaring: Det går bra

Kan det være slik at årsaken til at varetekt og/eller isolasjon er et såpass lite tema blant de som på ulike nivåer arbeider med fengselshelse, skyldes at ikke forekommer isolasjon eller varetekt som er skadelig for helsa? Det virker usannsynlig at dette er årsaken til at temaet er så lite framme. Informantene kan selvsagt ikke uttale seg om omfanget i Norge, men de har erfaring med at praksisen eksisterer og oppfatter den som negativ i et helseperspektiv. Hva er det da som gjør at legene ikke tenker ”Varetekt og isolasjon, da har jeg en oppgave”?

Det er ordninger i fengselet som gjør at legene opplever dette som et mindre problem. Legene er trygge på at sykepleierne følger godt med. Og at betjentene kan være flinke til å ha kontakt med de isolerte, aktiviserer dem eller prøve å legge forholdene til rette gjennom lufting og samvær når det er mulig. Mange av informantene sier de tror det fungerer greit:

Det er noen som jeg kanskje ikke synes burde sitte så isolert, men jeg tror det at fengselsbetjentene er veldig obs på dette med isolering, så jeg tror de er veldig flinke til å gå inn. Og hvis vi kommer og sier at vet du hva, vi er litt engstelige for han. Ja men da skal vi ta han ut, så går vi en liten tur på gangen når det ikke er andre til stede, ikke sant, og det er noen som er veldig flinke av de betjentene. Går en liten tur, ikke sant. Hvor de får litt frisk luft og går der og ...

Det er nesten de færreste som klager over at de føler seg isolert. Det har jeg tenkt på. Men det gjør de faktisk ikke. Men jeg tror betjentene på den avdelingen, på en måte de som har vært der lengst, og jeg tror kanskje de er veldig flinke. [...] Så blir de sittende i mange uker eller måneder, det er jo noen få som har gjort det når jeg har vært der, da klager de selvfølgelig. At de føler seg isolert og nå må de over til fellesskap.

Av og til kan informantene fortelle detaljert om hvordan isolasjonen foregår og hva fengselet kan og ikke kan gjøre, mens andre gir uttrykk for at de regner med at det går greit. Ikke alle vet helt sikkert i hvilken grad fengselet i praksis kan lempe på restriksjoner overfor varetektsfanger, der disse sliter med soningsformen, slik vi så i forrige kapittel. På noen områder kan nok legene også oppleve situasjonen som litt mer positiv enn det kritikere vil gjøre. Det virker for eksempel som om en del av informantene sidestiller samvær med medfanger med samvær med betjenter, i den forstand at de ikke synes å oppfatte fangene som isolerte så lenge de har kontakt med fengselsbetjenter. Ikke alle vil se det på samme måte. I undersøkelsen til Danielsen og Hansen ga de isolerte varetektsfangene uttrykk for at det vanskeligste var at de ”ikke får snakke med andre innsatte” (Danielsen og Hansen 2002:56). Kontakt med andre i samme situasjon har en egenverdi som betjentene ikke kan erstatte. Selv om fanger opplever at det er viktig om betjentene viser omsorg (Danielsen og Hansen 2002:55), kan det være vanskelig å oppnå en tillitsfull og åpen relasjon til personen som låser deg inne eller til kontaktbetjenten som før eller siden skal gi sin innstilling når fengselet vurderer prøveløslatelse<sup>137</sup>. Mye kriminologisk forskning problematiserer

---

<sup>137</sup> Slike oppfatninger har jeg hørt fanger komme med i ulike anledninger, for eksempel på møter arrangert av KROM. En tillitsvalgt på Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt snakker på en Brennpunkt-dokumentar om psykiatri i norske fengsler (NRK 2009) også om problemene med å ha relasjon til en person som har en bevoktningsoppgave overfor en selv.

maktrelasjonen mellom fengselsbetjentene og fangene, og diskuterer hvorvidt omsorg og tvang/kontroll kan kombineres (se Basberg 1999:9-11). Informantene problematiserer ikke denne relasjonen slik. Det de derimot kan problematisere, er hvorvidt betjenter fanger opp helsemessige problemer når de ikke har helsefaglig kompetanse.

De fleste legene forteller altså om andre posisjoner eller yrkesgrupper som jobber med de isolerte. Det faller ikke nødvendigvis under legens ansvarsområde, og det fungerer fint. Flere av informantene resonnerer som denne legen:

Og sykepleierne er egentlig de som tar den biten med, altså for å unngå isolasjonsskader og sånn. Nå snakker jeg med dem om å i hvert fall luften, tren, bruk alle de mulighetene du har. Og ofte snur de vel døgnnet da. Eller de får ikke sove den første tiden de kommer inn, på grunn av tankekjør og sånn. Så da døyves det med litt sovehjelp [Informanten ler]. Og samtale. Det er ikke noe spesielt jeg ser etter nei. Bortsett fra å høre hvordan de har det. [...] Jeg jobber på en måte ikke mest med de isolerte ... føler jeg. Og psykiaterne er jo mye inne og snakker med dem, ikke sant. De som da får problemer. Det er mulig jeg er naiv i den sammenhengen også, men jeg føler at de som har sittet der lenge, altså som får problemer, de blir flyttet over med en gang. At de betjentene fanger opp det, altså. Men at det er noen sånne spesielle, på grunn av sikkerheten, som jeg ikke får noe... og jeg oppsøker ikke dem.

Legene opplever at det er store individuelle variasjoner i hvor plaget fangene er under isolasjonen, selv om varetektsfanger er en risikogruppe. Men flere forteller også om langtidsisolerte, som de oppfatter som ressurssterke, mer profesjonelle kriminelle. Disse ber gjerne ikke om hjelp, og da er det ikke mye legen kan gjøre.

Jeg spurte legene om plagene endret seg over tid. Da var jeg først og fremst ute etter å finne ut av om de hadde erfaringer med isolasjonssyndromer som utvikler seg med langvarig isolasjon, som jeg hadde lest om<sup>138</sup>. Det unisone svaret på dette spørsmålet, er at det blir bedre når den fengslede får en dom. Da faller ting mer på plass, og mye ved situasjonen er løst.

Det er en kjempestor forskjell når du kommer inn i en varetekt. Du blir rykket ut, du kommer inn. Du får et abstinensproblem. Du skal venne deg til noe, forsvarsadvokaten sier at de har ikke nok til å holde deg, du går om fire uker, eller du går nok neste gang skal du se. Og så er det døra i fleisen gang etter gang. Når de da

---

KROM hevder at kontaktbetjentordningen i norske fengsler ikke kan lykkes pga. dobbeltrollen; betjenter som er lønnet av systemet og derved har sin lojalitet dit, skal samtidig være kontakthjelpere for fangene (Mathiesen m.fl. 2007).

<sup>138</sup> Koch 1983, Koch og Petersen 1988, Jensen m.fl. 1980, Jørgensen 1981 og 1990, Gamman 1993 og 1995. En del av denne litteraturen omtales i delkapitlet "3.2 Kunnskap om fangebefolkningens helse og helsemessige konsekvenser av isolasjon".

får en dom, så forholder de seg på en helt annen måte. Jeg har fått fem år, hva kan jeg bruke de fem årene til? Kan jeg jobbe? Hvordan kan jeg kvalifisere meg? Altså, da forholder en seg mentalt på en helt annen måte.

Som flere leger sa, går tiden mye fortere når fangen kommer ut i et fellesskap. Men alle informantene forteller som legen over om plager som ikke bare har med tid å gjøre. Det handler om hva slags mening de isolerte legger i situasjonen de er i og egen framtid. Legene forteller at det kan være plagsomt og skadelig mens isolasjonen eller varetektsfengslingen står på, men det ”går bra til slutt”. Informantene er opptatt av at problemene har en ende, og det er når den fengslede får en dom og dermed også både rettigheter og muligheter til å omjustere seg. Slik ser informantene at problemene har en løsning, og det var dette de var opptatt av når jeg spurte om hva tida betyr for fangene.

Legenes praktiske erfaringer er sammensatte, men når ”det går bra” handler det altså om arbeidsdelingen og erfaringene med at kolleger legger til rette, at den langtidsisolerte mestrer situasjonen og at fengselet flytter fangen etter hvert.

## 7.6 Syn på egen rolle, mandat og handlingsrom overfor fengselet

Og det er helt grusomt å ta friheten fra et menneske. Og sette dem mellom fire vegger. Det er grusomt. Mener jeg. Men det er jo straffen.

Ikke alle informantene som var skeptiske til isolasjon av varetektsfanger uttrykte seg med like sterke adjektiver. Likevel sier alle rett ut at ingen har godt av å sitte i fengsel. Det er ikke et sunt sted å være. Men, og det er et men, *det er slik det er*. Det er jo straffen.

Fengselsstraffen skal ikke oppleves som en belønning. Varetektsfengsling er ikke en straff, men den forsvares som et nødvendig onde. Når legene ikke lager konflikt med fengselet når pasientene utvikler plager eller blir syke av soningsforholdene, kan det skyldes mange forhold. Jeg har spurt legene om uenigheter med fengselet og deres muligheter til å påvirke og endre praksis de oppfatter som skadelig. På ulike måter har jeg bedt dem fortelle om konkrete erfaringer med, og potensielle scenarier av, situasjoner der deres ønsker kolliderer med fengselets ønsker eller praksis.

Legenes oppgave er å ivareta fangenes helse, men et sted går det en grense for hva de kan gjøre. Hvor legene opplever at denne grensa går, og hva de føler om egne muligheter til



å påvirke det som skjer på andre siden av streken, forteller mye om hvordan helsearbeidet innenfor fengselsrammene foregår. Det er en form for institusjonell orden i forholdet mellom fengselshelsetjenesten og fengselet. Denne viser seg når legene snakker om det ”stedet” der deres innflytelse stopper, der de ikke kan eller skal gjøre mer. Det var i slike deler av intervju samtalen at legene tegnet opp hvordan de så sin egen rolle og fengselshelsetjenestens mandat – og hvor det sluttet overfor fengselsinstitusjonen. Videre nedover skal vi se på ulike aspekter ved grenseopptegningen mellom helbred og straff i fengselet. Det er klare tilfeller, og det eksisterer mer uklare mellomrom. Legene aksepterer – tilsluttende, pragmatisk eller kritisk – reglene og behovene fengselet har.<sup>139</sup>

Om den som sitter fengslet eller isolert blir psykotisk, vil legen overflytte ham eller henne til psykiatrisk sykehus. ”Og det kan jo ingen nekte oss, ikke sant.” Den saken er grei, sier de fleste. Men dersom den isolerte for eksempel blir syk eller utvikler plager av isolasjonen uten å være psykotisk, er det ikke fullt så enkelt. Hva skjer når situasjonen ikke er så klar? Fengselslegene må vurdere hvor sterk lidelse som er akseptabelt innenfor fengselsrammen, og vurdere hvor hardt trykk de skal legge på fengselsledelsen. ”Vi kan jo bare gjøre medisinske innspill”, sa en lege. Men det gjelder å finne en praktisk løsning. For ”ideelt sett så burde jo alle vært frisatt, ikke sant, for det er ikke noe heldig å sitte i fengsel i utgangspunktet”, forklarte han. Jeg spurte om det var vanskelig å avgjøre graden av lidelse, men det syntes ikke denne informanten.

Jeg syns at det fungerer stort sett greit, altså. Det er mange innsatte som bruker oss også, så du har jo den siden med det, ikke sant. Men etter hvert får du en viss erfaring når du har jobbet i systemet en stund. At du på en måte kan vurdere det. Og ikke minst vurdere over tid.

For denne informanten innebærer ikke vurderingen kun det å avveie graden av lidelse, men også om fangen forsøker ”å bruke” helsearbeiderne til egen fordel. Denne opplevelsen er ganske utbredt blant informantene. Men ikke alle synes det er like lett å vite hvor grensa for lidelse skulle gå. En mindre erfaren lege beskriver det som ”ulne mellomrom”:

---

<sup>139</sup> Jeg har opplevd dette som et komplisert og vanskelig tema, både under intervjuene og i analysen etterpå. I intervju materialet finnes mange passasjer der det levende fortelles hvordan informantene ser egne muligheter og grenser. Her kommer også deres følelser og opplevelser fram i sterkere grad enn der legene svarer på mer tekniske eller praktiske spørsmål om arbeidet sitt. Svar og forklaringer kan være rikere på mening enn det jeg makter å gjenskepe med egne ord. Men det er også plasskrevende å gjengi alle de interessante resonnementene. I den videre framstillingen har jeg valgt selv å oppsummere det legene gir uttrykk for, for innimellom i større grad enn tidligere i oppgaven å løfte fram sitater der informantene uttrykker ambivalens eller vanskelige avveininger, eller der jeg ønsker å synliggjøre hvordan de resonnerer.

Vi har et samfunn som har bestemt at folk skal sone og straffes, altså straffen for å ha gjort noe galt er frihetsberøvelsen i et fengsel. Og da kan jeg tenke, okei, han sliter, han sitter inne, det skal han kanskje gjøre? Eller skal han ikke det? Og der er det noen sånne ulne mellomrom. Du kunne sikkert hatt leger som, og det er jo interessant å se hva slags leger er det som jobber i fengsel, men altså, jeg kunne kanskje vært enda mer sånn, nei, han kan ikke være her, han legger jeg inn. Jeg kunne lagt inn pasienter hele tiden da, på somatisk sykehus. Men det hadde ganske raskt kommet en tilbakemelding på det sikkert?

Denne legen forklarte at det ikke ble sagt noe sted hvor grensa for lidelse gikk, men antok at kriminalomsorgen ville sette ned foten om han tok pasientene ut av fengselet som ikke var psykotiske eller livstruende syke.

Om det blir for ille, og problemene forsterker seg med tida, kan helseavdelingen øve større trykk overfor fengselet for å forsøke å lempe på situasjonen. Men deres innflytelse har en grense, og den grensa er bestemt av fengselets sikkerhetsvurdering – og av og til plassmangel. ”Da hjelper det ikke hva helseavdelingen sier”. Denne grensa tegnes opp i alle intervjusamtalene: ”Altså er det ikke plass, så er det ikke plass. Vi i helseavdelingen er jo med, men altså fengselet har det siste ordet. Det er jo de som har med risikoen å gjøre. Og det er jo det som teller mest. Og så kommer faktisk helse som nummer to.” Mange av legene kan gi uttrykk for frustrasjon over det at ”helse taper”. Det ser ut til å være en vanlig del av hverdagen til informantene at de ikke vinner helt gjennom med sitt syn:

Du får jo noen som har brev- og besøksforbud. De kan ikke vi gå inn og si at de må på åpen avdeling. Men en kan gå inn og prøve å lette litt på restriksjonene i forhold til at de kan lufte mer. Altså, hvordan skal du likevel kunne ivareta? Det er klart at vi kan som helsevesen si at vi mener sånn og sånn. Men hvis fengselet sier at av sikkerhetsmessige grunner kan vi ikke. Så taper vi, ikke sant?

Her forteller også legen om det vanskelige i å ivareta pasienter som sitter under strenge forhold som legen ikke kan endre på. Noen andre leger fortalte om det samme. Det handler om at legen kjenner til årsakene til lidelsene uten å kunne fjerne dem. Legenes handlingsrom er trangt. Den paradoksale situasjonen kan gjøre det vanskelig å være lege.

Det er en motstridende jobb. For eksempel, hvis vi har psykiske pasienter, da må du undersøke hva grunnen til det psykiske problemet er, ikke sant? [...] Her fører isolasjon i seg selv til psykiske problemer. Og vi behandler psykiske problemer. Det er mange som kommer og har ingenting, men de får angst og depresjon her. Aktiv depresjon etter en tid, ikke sant. Så hvordan kan vi behandle dem hvis vi ikke fjerner den årsaken? Det er en litt tøff jobb.

Selv om legen mener at pasientene hadde hatt god helsegevinst av at de fengselsmessige rammene var annerledes, er det ikke realistisk for legene å få gjort noe med dem slik fengselet er organisert. En lege satte norske fengsler i kontrast til fengsler i andre land som er ”helt annerledes enn her”:

Kanskje det er bedre her, for de har egen celle, rent og mer fri i sin celle, hva gjør de... sover og sånn. Det er en fordel. Men ulempen er at de er ensomme og alene hele tiden, hele dagen. Hvis du ser i andre fengsler, når du ser 40 stykker på varetekt [informanten ler], de snakker med hverandre. De har ikke mye psykiske problemer. Men det dukker opp andre problemer. Kringling og slåssing og sånn [informanten ler].

Denne informanten mente at ingen kan leve uten folk, og at fellesskap ofte er det beste. Han kan kun tilby medisiner, noe som ikke løser noen problemer. Jeg spurte om han i stedet kunne gi sosial omgang på resept? Informanten brøt ut i latter: ”Ja, egentlig hjelper det. Men problemet er at alle trenger det. Uansett. Og det blir et problem for fengselet. Ikke sant? De har også egne regler.” Til syvende og sist kan ikke legen ta bort fengselsmurene, eller ta fangene ut av isolasjonen. Fengselet har sine egne regler. Når fengselet har sagt sitt, kommer faktisk helse som nummer to så lenge det ikke er akutt fare for liv og helse. Det er ikke mye å gjøre med det. Det er slik det er.

Og en gang imellom blir vi hørt, og en gang imellom blir vi overhodet ikke hørt. Og det kan være problematisk.

M: På hvilken måte?

I: Nei, altså det er problematisk når man mener noe om en innsatt og hvilke behov en innsatt har, når fengselet ikke tar det til følge. Det er jo det. Men altså der, der kan vi komme med vår mening og vårt råd, men vi kan ikke mer.

Når det ikke er noe å gjøre med det, er det fordi legenes syn på egen rolle ofte synes å være at han eller hun ikke kan eller skal blande seg i fengselets oppgaver. Noen synes å se det slik at det ikke angår deres arbeid hva fengselet gjør, i hvert fall på noen områder. Da jeg spurte ”hvor lenge de pleier å sitte isolert her?”, svarte en lege: ”Nei, jeg vet ikke. Jeg spør ikke heller.” Andre vet at fengselet må ta hensyn til forhold som de ikke kjenner til, forhold som legen ikke kan blande seg i. Legene må akseptere at fengselet setter grenser på områder de selv ikke kan kontrollere. Fengselet har sine grunner, og sjansen for å påvirke kan oppleves som liten.

M: Kan du huske noe eksempel hvor du har vært uenig med fengselet i behandlingen av innsatte?

I: Ja, ja. Jeg har mange eksempler på det. Hvor vi mener at innsatte ikke bør være her på Y<sup>140</sup>, bør flyttes, hvor fengselet ikke tar det til følge. Hvor vi mener at av helsemessige grunner så hører den innsatte hjemme på en åpen soning, og ikke på et lukket fengsel som Y. Og så kan det være at den innsatte hører til en gruppe hvor det er mye vanskeligere å plassere ut på åpen soning, det kan jo være at den innsatte hører til et organisert kriminelt miljø, og fengselet mener at rømningsfaren er stor, eller at det kan være mange ting. Og det er klart, vi ser vår del. Og det er mye fengselet vet og ser og tar hensyn til som ikke vi er klar over.

Mange av informantene ser grensene som fengselet setter som en naturlig del av arbeidsdelingen mellom fengselets bevoktningsoppgaver og helsetjenestens omsorgsoppgaver. Når disse oppgavene kolliderer og "helse taper", er det til syvende og sist et resultat av kriminalpolitikk og samfunnets beskyttelsesbehov – som legen ikke kan påvirke. Samfunnet har bestemt at vi skal ha fengsler, en idé enkelte leger er uenig i, mens enkelte andre støtter tanken. Uansett er det slik. Der hvor legene opplever at fangen tar skade av fengselsforholdene, blir helseavdelingens jobb som oftest skadebegrensning. "Situasjonen er som den er, vi kan ikke gjøre noe med det, men vi må gjøre det vi kan for at den innsatte blir minst mulig skadelidende. Og en gang imellom så er det det som blir jobben, det er det vi må gjøre." Skadebegrensningen kan i tillegg til mulighetene beskrevet i kapittel 6, for eksempel være å overføre pasienten til åpnere soning når det er åpenbart at fangen ikke bør være på et fengsel med høy sikkerhet: "Og tar en diskusjon med ledelsen om det. Og så kan det være ting som gjør at de ikke kan komme på et åpent fengsel. Og da er jo vi i den situasjonen at vi må akseptere det, og så må vi gjøre det beste ut at det og hjelpe den innsatte."

Legenes holdninger varierer over ulike akser. Noen av informantene er prinsipielle motstandere av fengsel, andre ser det som et nødvendig onde i samfunnet. Noen legger vekt på det negative ved isolasjon, andre er opptatt av å løfte fram det positive og variasjonene i skade og påvirkning. Informantene som har jobbet lenge har etter egen erfaring oppfatningen at det ikke er mulig å endre fengselets praksis, men tenker samtidig at det må være slik det er. For hva er alternativet? Disse er opptatt av at de har muligheter, og aksepterer begrensningene fengselet setter rundt deres handlingsrom. En informant er fornøyd med at "vi møtes på midten". Av helsemessige grunner kan han ønske å la en person gå, men så må han akseptere at fengselet av sikkerhetsmessige grunner ikke kan det:

---

<sup>140</sup> Fengsel med høy sikkerhet.

Så får du gå i dialog og si hva kan vi da gjøre mellom de to ståstedene. [...] Er det noe vi kan gjøre imellom der for å ivareta? Og det kan det godt være at vi kan. Men da her du et samarbeid. Altså, vi er ikke enige om ytterpunktene, men vi kan bli enig om noe mellom der. Og det er i hvert fall noe av det som jeg synes vi har et godt samarbeid med fengselet på.

Andre aksepterer begrensningene, og sier ”Vi gjør så godt vi kan. Mer kan vi ikke”. Noen har en mer kritisk, men resignert holdning som ikke er aksepterende til hva de får gjort. Men de fleste forteller om et godt samarbeid med fengselet.

Min oppgave er jo først og fremst å prøve å sikre pasientens helse. Og at det kolliderer med fengselet sin rolle med jevne mellomrom, det gjør det kanskje veldig ofte ikke sant, men det blir jo i varierende grad da. Det blir jo som regel i sånn grad at vi på en måte må akseptere det. [...] Men jeg ser ikke det som noe veldig stort problem altså, på sikt. Jeg syns egentlig at vi klarer å løse det der.

Synet på egen rolle viser seg altså når legenes pasienter utvikler plager/sykdom som en følge av fengselsrammen. Legen vurderer lidelsesgraden, noe som kan oppleves som både lett og vanskelig. Det kan være frustrerende å skulle hjelpe, men ikke kunne fjerne årsaken til lidelsene. For legenes handlingsrom stanser ved fengselets sikkerhetsvurdering eller plassmangel. Sånn er det. ”Jeg kan ikke gjøre noe med deres regler og sånn. De som er i varetekt, de får 23 timer, bare en time lufting. Jeg er helt uenig med det, men ...” Aksepten begrunnes på ulike måter med at fengselslegens rolle innebærer en norm om ikke å blande seg opp i fengselets oppgaver. Løsningen er å drive skadebegrensning. Det må samtidig understrekes at brorparten av informantene opplever at samarbeidet med fengselet fungerer fint, kanskje bedre enn det har gjort før på enkelte steder.

Den institusjonelle ordenen har form av en aksept for arbeidsdelingen mellom fengsel og helse. Der det er motstridende hensyn, synes løsningen for informantene å være tredelt: Fengselshelsetjenesten må drive skadebegrensning. Fengselshelsetjenesten må skape et godt samarbeid med fengselet, slik at de kan gjøre det beste ut av det. Og som vi skal se: Om det blir konflikt om noe, forsøker legene å ordne opp i det lokalt, for å sikre videre godt samarbeidsklima.

## 7.7 Fremstilling som problem for alle. Et eksempel på konflikthåndtering.

Informantene kan synes at isolasjon og varetekt er problematisk, uten at de har reist det som problem i fengslene. Men et problem alle informantene tar opp i intervjuene og tidvis også i fengslene, er fremstilling. Her synliggjøres samarbeidsstrategien til fengselslegene.

Det kalles fremstilling blant annet når legen henviser pasienter videre til spesialister utenfor fengselet. Problemet oppstår når fengselet eller politiet ikke stiller med transport dagen timen er pga. kapasitet/ressursprioriteringer. Ny time må bestilles – av og til flere ganger på rad. Dette er kostbart for helseavdelingen, frustrerende for fangen og ventetiden kan gi helsemessige konsekvenser for pasienten. Temaet er en ”gjenganger” i intervjumaterialet<sup>141</sup>. Samtidig viser informantenes fortellinger viktige aspekter ved hvordan de ser på det å være i konflikt eller uenig med fengselet. En lege fortalte forsiktig om tilfeller der fanger måtte vente veldig lenge på kreftutredning:

M: Hva er veldig lenge egentlig?

I: Nei, altså, det er vanskelig å si, men det kommer helt an på hva det dreier seg om. Å fordrøye en cancer-diagnose i noen måneder, kan jo være alvorlig. Og vi har opplevd at, nå skal ikke jeg sitte her å si eksplisitt at de tilfellene hvor det har vist seg å være en sånn alvorlig diagnose at de ble fordrøyd, men vi har hatt innsatte som kunne hatt noe sånt hvor det har blitt fordrøyd over tid.

M: Men når du sier at du var fristet til å melde det til Fylkeslegen, hva var grunnen til at du ikke gjorde det?

I: Nei, man prøver jo å løse sånne ting internt. Eller det er jo sannsynligvis ikke et godt utgangspunkt for et godt samarbeid. Og skal vi få et helsevesen til å fungere inne i fengselet, så er vi helt nødt til å ha et samarbeid med fengselsledelsen. Og man skal være to parter for å få et samarbeid til.

Ved uenighet vil legene prøve få til en løsning i samarbeid med fengselet. Men om legene ikke når fram, vil de forsøke å ordne opp internt, og ikke reise saken i organer utenfor fengselet – hos arbeidsgiver, Helsetilsynet/fylkeslegen, høyere nivåer i Kriminalomsorgen eller Legeforeningen. Ved alle tilfellene der informantene fortalte om uenigheter med fengselet, ble de spurt om de hadde tatt kontakt med instanser utenfor fengselet for å få hjelp eller støtte til å vinne gjennom med sitt syn. Her viste det seg å være få tilfeller av konkrete

---

<sup>141</sup> Avlysninger av fremstilling er også rapportert hos flere fengsler i Hårdnes' undersøkelse av helsetilbudet i norske fengsel (masteroppgave på Juridisk fakultet). Fengselets kapasitet ble av helseavdelingene oppgitt som grunn til avlysning (Hårdnes 2008:46-47).

koplinger til nivåer høyere opp i helseforvaltningen eller i legeprofesjonen. Med noen ganske få unntak, ser det ut til at legene tar opp problemene lokalt – og lar det ligge om de ikke når gjennom. Enten i en form for resignert aksept, eller i et mer optimistisk håp om at samarbeid på sikt vil gjøre det enklere å finne løsninger legene kan være mer fornøyde med.

## 7.8 Kritikk og utenforskap: Kritikk utenfor, samarbeid innenfor?

Problemet er at våre kritikere sjelden forstår realitetene i et fengsel.<sup>142</sup>

Fengselsdirektøren i Tromsø fengsel ga nylig uttrykk for at kritikk av fengselet ofte er basert på manglende forståelse for hvordan det fungerer. Uten at jeg hadde det som tema, dukket slike oppfatninger opp under flere av intervjusamtalene. Noen av legene som har jobbet en stund, forteller om erfaringer med at leger utenfor, advokater eller andre, ikke forstår virkeligheten i fengselet:

For vi får jo veldig mange legeerklæringer fra leger utenfra fengselet, ikke sant. På at den og den er soningsudyktig og de kan ikke sone og de har de og de sykdommene og så videre. Men så ser vi det at det går som regel greit allikevel. De fleste klarer å sone, med nesten de fleste lidelser.

Denne og flere andre leger forteller at benådning er svært uvanlig, og at fangene heller får soningsutsettelse. Legen sitert over forklarte at de færreste er tjent med soningsutsettelse, fordi det blir som en forlengelse av straffen. Jeg spurte ham deretter om han trodde at legene skriver de erklæringene fordi de ikke har det hensynet å ta?

For det første er ikke de objektive, ikke sant. De er jo gjerne pasientens lege.[...] De er ikke akkurat, de er jo ikke fengselsleger som skriver den vurderingen heller, så de kan ikke vite egentlig hva de tåler eller hvordan det vil gå med dem når de er i fengselet.

---

<sup>142</sup> Sitatet av fengselsdirektøren i Tromsø, er fra portrettintervjuet "Nøkkelpersonen", skrevet av Torkil Emberland i avisen *Nordlys* 03.05.08. Gjengitt i Kildeliste 2.

Denne fengselslegen mente at leger utenfor skriver slike erklæringer fordi de gir etter for press fra pasienten, eller at de tar pasientens side. Motsatt er fengselslegens rolle å være objektiv, og flere hensyn må tas med i beregningen.

Når fengselsleger er uenige med leger utenfor, vurderer de hva de mener på selvstendig faglig grunnlag. Uenighetene kan gjelde utskriving av medikamenter, eller erklæringer om soningsudyktighet eller -utsettelse. Fengselslegene må ta hensyn til at straffen må gjennomføres, og samarbeide med fengselet for å gjøre det beste ut av det. Samarbeidet er nødvendig, og det går bra. Nesten for bra, ifølge en annen informant. Denne legen hadde jobbet i fengselet i flere år, og var kritisk til hvordan fengselshelsetjenesten ble en *for* integrert del av fengselet:

Helseavdelingene, de er på en måte en avdeling i seg selv. De skal jo ikke ha noe med fengselet å gjøre, og det er en kjempesmart idé. Men jeg tror på en måte at de blir så integrert i fengselet likevel, at samarbeidet går for bra da.

M: For bra?

I: Ja. At man kjemper på en måte ikke for sine pasienter sin del. Men man samarbeider kanskje for bra med fengselet. Skjønner du hva jeg mener? [Informanten ler]

Som eksempel fortalte legen om kontrollregimet i forbindelse med metadonutdeling. Helseavdelingen har ansvaret for metadonutdelingen, mens fengselet har ansvar for urinprøvetaking. Der må fangen stå bak et forheng etter visitering, eller avgi prøven mens noen ser på. Dette er det noen som ikke klarer. ”Da må helse si ok, men da får du ikke metadon. For det er reglene. Man må vite at det ikke er blandingsmisbruk.” I stedet for å godkjenne at pasienten får lov til å ta urinprøve slik han klarer det, samarbeider man heller med fengselet og setter hardt mot hardt. Legen mente det var for å slippe bråk, at helseavdelingen heller støtter fengselet i mange slike saker i stedet for å ”stå på pasientene sin side”:

Så helseavdeling blir jo på en måte med og godkjenner et system som man ikke er veldig begeistra for. Og gjør det jo enda mer ved å samarbeide så godt med fengselet da. I stedet for å være en helt uavhengig avdeling. Som heller setter kritiske spørsmål med hva fengselet gjør. Det tror jeg ofte ikke gjøres da.

Jeg spurte om dette var noe legen kunne ta opp noe sted? Men legen mente at man blir stående veldig alene om man er kritisk, og da orker man ikke engasjere seg så mye:



Og helseavdelingene er jo så etablerte i fengslene, så enten så blir jo legene helt etablert i helseavdelingen, eller så prøver man å engasjere seg og gjøre noe annerledes for fengselet generelt, og da tror jeg man blir stående alene. Sånn som jeg opplever det i [fengsel] da. Så å ta opp... Jeg tar jo opp ting med sykepleierne, at vi spiser lunsj sammen og sånn, men ... neeei, jeg blir ikke hørt da. [Informanten ler muntert]

M: Hos sykepleierne?

I: Ja. Nei. De har jo jobbet der i mange år. Og sånn er tingene, og sånn er det. Og sikkerheten kommer først.

Denne legen opplevde å bli plassert i et utenforskap av kollegene ved kritikk, og at de samarbeider "for godt" for å ivareta "ro i gangene" og på den måten holde seg inne med fengselet. Når helse "jenker seg" eller "taper" mot fengselet, taper pasientene også, slik denne legen ser det. Men systemet er tungt å endre på, og da lar man heller være å forsøke.

Hadde man stått på krava og sånn så det hadde det jo ... sett fra sykepleiernes side, så tror jeg det hadde blitt mye bråk og lite konstruktivt arbeid egentlig. Så det er en måte å balansere det litt på tror jeg. Men alle er jo helsefaglig utdannet, så man må jo stole på at de gjør det helsemessig riktige.

De første legenes fortellinger om kritikk eller uenigheter med personer "utenfor", og denne siste legens opplevelse av et usunt innenforskap, knytter seg til ulike problemstillinger som fengselshelsetjenesten står overfor. Men det berører noe av det samme, nemlig hvem som defineres som innenfor og utenfor, og dermed hvilke oppfatninger om fengselet som oppleves som reelle og relevante for arbeidet der. De første opplever at de utenfor ikke forstår realitetene i fengselet. Den siste sier at hennes oppfatning av arbeidet i avdelingen, gjør at hun plasseres som naiv kritiker i et ensomt utenforskap.

Det er mange grunner til at legene ikke lager konflikt med fengselet der de kan være uenige med institusjonens praksis. Men dersom det er slik at kritikk oppleves som utenforstående i mer eller mindre bokstavelig forstand, kan det bidra i forklaringen på at så lite av kritiske innvendinger mot for eksempel isolasjon har fått gjenklang bak murene.

I konflikter vil det være kamper om hvordan virkeligheten skal defineres, og hvem som har legitim rett til å ytre seg. Det blir en kamp om hvem som skal ha definisjonsmakten. Blant annet derfor er konflikter sosiologisk interessante å studere. Her undersøkes møtet mellom helbred og straff som en latent eller prinsipiell konfliktsituasjon. Normalen er som vist at konfliktene ikke manifesterer seg åpent. Overlappende arbeidsområder mellom helseavdelingene og fengselet beskrives likevel som potensielle konfliktfelt av informantene. Og de er klare på hvem som "vinner".

Det er ofte i avvikene at ”det normale” blir synlig. Samtidig kan åpne konflikter tydeliggjøre motsetninger som ellers ligger latente. Grensene gjøres mer tydelige. En historisk konflikt i Tromsø fengsel i 2008 er en kontrasterende case som fungerer på den måten: Her meisles ut hva konflikten mellom helse og fengsel går ut på prinsipielt, samtidig som den viser hvorfor det kan være vanskelig å utfordre grensene informantene tegner opp på arbeidsplasser med ”ro”. Til slutt i dette kapitlet skal jeg se på konflikter i norske fengsler, og kort reflektere over i hvilken grad kritiske perspektiver på fengselshelse behandles som legitim eller relevant for en norsk virkelighet. Betydningen av samarbeid versus konflikt og utenforskap som informantene forteller om fra sin arbeidshverdag, kan gjenfinnes her – også på høyere institusjonelle og politiske nivåer.

## 7.9 Konflikt i norske fengsler

Det har vært lite åpen konflikt mellom fengselsleger og fengslene i Norge gjennom tidene. I hvert fall som er kommet ut i den medierte offentligheten. Faktisk kan det synes som det bare har vært to åpne konflikter<sup>143</sup>.

Den ene oppsto i kjølvannet av avgjørelsen i Rådet for legeetikk i 1986, der de vedtok at fast legetilsyn av isolerte var et brudd på legeetikken<sup>144</sup>. Med støtte i denne avgjørelsen, avsto legene ved Ullersmo landsfengsel å utføre tilsynet. Dette ble ikke godt mottatt av fengselet, og i et intervju i Aftenposten omtales tilsynsnekten som uakseptabel av fengselets underdirektør: ”Vi kan ikke akseptere at en enkelt yrkesgruppe i fengslet selv skal ta seg til rette og definere hvilke arbeidsoppgaver man ønsker å utføre og hvilke man ikke ønsker å utføre.”<sup>145</sup> I samme artikkel går det fram at konflikten ble løst ved at man kom ”frem til andre ordninger slik at fangene i isolasjon får det tilsyn de har krav på”. Legene eller medlemmer av Rådet var ikke intervjuet, og ingenting tyder på at Legeforeningen gjorde mer med saken. Heller ikke arbeidsgiver for legene, som fra 1984 var kommunen (Helsedirektoratet 1987:5).

---

<sup>143</sup> Jeg har gjort varierte og enkelte omfattende søk i artikkelarkivet Atekst, blant annet for å finne uttrykk for slike konflikter i norske medier. Se beskrivelse av søket under punkt 2.3.1 i metodekapitlet. Det er svært lite sannsynlig at konflikter som har nådd ut i media ikke er fanget av dette søket, særlig om det skulle ha forekommet i løpet av de siste 30 årene.

<sup>144</sup> Se delkapittel ”1.2. Forforståelse og bakgrunn for valg av tema”.

<sup>145</sup> I artikkelen ”Legenekt godtas ikke på Ullersmo”, *Aftenposten* 22.01.87 (av Letvik 1987).

Det finnes ikke spor av liknende konflikter på andre fengsler i forbindelse med denne saken, eller andre saker. Faktisk ser det ut til å gå mer enn 20 år før en ny konflikt tilspisses og blir synlig i offentligheten. Denne er til gjengjeld langt mer dramatisk og langvarig.

## 7.10 Et uvanlig tilfelle: Konflikten i Tromsø fengsel

Tidlig i 2008 brøt det ut en åpen konflikt mellom fengselshelseavdelingen og ledelsen i Tromsø fengsel<sup>146</sup>. Konflikten ble utløst av et klagebrev til Kriminalomsorgen region nord i februar, som fengselslegene skrev etter at helseavdelingen ikke hadde nådd gjennom med sitt syn hos fengselsledelsen. En fengselslege hadde bedt om en kortere soningsutsettelse på grunn av alvorlige somatiske forhold, men fengselslederen hadde besluttet at legens råd ikke skulle følges. Siden kom det fram at to fanger i løpet av de siste årene hadde hengt seg. Disse ble håndtert i strid med fengselslegens klare råd og varsel. Den ene klarte seg, den andre døde. Klagebrevet ble kjent da en lokalavis hadde fått tilgang på det. Etter avisoppslaget som fulgte<sup>147</sup>, reagerte fengselslederen med å nekte den mest erfarne av legene adgang til fengselet, med begrunnelsen at han utgjorde en sikkerhetsrisiko. Legen hadde permisjon fra stillingen som fengselslege, men drev blant annet veiledning og fagutvikling på oppdrag fra kommunen i fengselet og hadde signert klagebrevet. Arbeidsgiveren, Tromsø kommune, valgte deretter å suspendere ham fra alle avtalte arbeidsoppgaver for fengselshelsetjenesten. Kommunen ønsket ro i saken – men konflikten var ikke over. Ansatte i helseavdelingen var misfornøyde med den manglende støtten fra arbeidsgiveren og utsiktene for godt samarbeid med fengselsledelsen i framtiden. Ettersom fengselslegen forble utestengt og suspendert, sa den ene legen opp i protest. En sykepleier gjorde det samme. Daglig leder ved fengselshelsetjenesten, som i avisen uttrykte ønske om støtte til de ansatte og kalte utestengningen ”hårreisende”<sup>148</sup>, ble satt i permisjon og erstattet av kommunen. I slutten av mai var hele den faste staben ved fengselshelsetjenesten sykmeldt, suspendert, i permisjon, eller hadde sagt opp – i de fleste tilfellene som en følge av konflikten med fengselet.

<sup>146</sup> Konflikten startet etter at innsamling av datamaterialet for denne oppgaven i prinsippet skulle være avsluttet, men jeg har fulgt den likevel. Den er verdt en egen studie, men vil av plasshensyn omtales høyst overflatisk her – ikke på langt nær alle hendelser eller synspunkter er nevnt. I en slik sak vil det ikke nødvendigvis være enighet om hvordan forløpet skal framstilles, og hva som skal tillegges vekt. Å redegjøre for kildegrunnlaget for alle detaljer er svært vanskelig å kombinere med en ryddig og leservennlig framstilling. Derfor er kildene lagt ved som en egen liste bak i oppgaven (Kildeliste 2), og kun direkte sitater og konkrete utspill er gitt henvisning. Den videre framstillingen er basert på deknningen i media, samt delvis innsyn i korrespondanse mellom partene og myndighetsorganer på ulike nivåer. Dokumentasjonen er omfattende, men ikke alltid lett å finne fram. Takk til Kjetil Karlsen som har gjort mye av materialet tilgjengelig for meg.

<sup>147</sup> ”Fengselslederen setter innsattes liv og helse i fare” i *Bladet Tromsø*, 01.03.08, side 1, 4 og 5. (Kildeliste 2).

<sup>148</sup> I artikkelen ”Fagfolk rømmer fra fengselet” i *Bladet Tromsø* 06.05.08, side 1, 8 og 9. (Kildeliste 2)

Avdelingslederen fikk senere gjeninntre i stillingen etter forhandlingsrunder med kommunen. Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF) omgjorde utestengelsesvedtaket med umiddelbar virkning i juni, og både fengselslegen og avdelingslederen var tilbake i fengselshelsetjenesten i januar 2009 (fengselslegens stilling er svært redusert og varer kun til sommeren 2009). KSF regner saken som avsluttet, og konkluderer med at fengselslederen ikke har opptrådt regelstridig. I skrivende stund tyder likevel lite på at siste ord er sagt. Ingen myndighetsinstans har gått gjennom alle dokumentene i saken, og fengselslegen som ble utestengt har i ulike fora ytret ønske om at forholdene han varslet om blir undersøkt. Det er for tidlig å si hvor saken ender.

Denne konflikten savner sidestykke i norsk fengselshistorie, både når det kommer til styrke, omfang og engasjement fra en rekke involverte parter. Konflikten og dens etterspill har ikke bare foregått i møterom og bak lukkede dører. Mye av den har også utspilt seg i aviser, radio og TV, spesielt lokalt, men også i landsdekkende medier. Svært mange aktører har uttalt eller engasjert seg i saken, og den er tatt opp i både forvaltningsmessige og politiske kanaler, fra kommunestyret i Tromsø, til justisministeren og helseministeren, blant annet via justiskomiteen i Stortinget.

## 7.11 Gjenklang fra informantenes erfaringer

Det er selvsagt delte syn på hvordan konflikten skal beskrives og forstås, og det blir for omfattende å oppsummere og drøfte de ulike synspunktene her. Men på ”begge sider” er det reist flere prinsipielle spørsmål ved importmodellen og fengselshelsetjenestens uavhengighet, som berører viktige aspekter ved denne oppgavens problemområde.

Tromsø-legen som ble utestengt og flere av hans kolleger har i ulike fora etterlyst debatt om fengselshelsetjenestens frie og uavhengige stilling i forhold til Kriminalomsorgen, og noen prinsipper som de mener denne konflikten dreier seg om: fangers rett til gode og forsvarlige helsetjenester, respekt for medisinskfaglige råd, og helsepersonells rett og plikt til å varsle når liv og helse står i fare. Legene reagerer på at medisinskfaglige råd blir tilsidesatt eller overprøvd, og mener at liv og helse da settes i fare. Fengselslederen på sin side tilbakeviser kritikken. Hun har gjentatte ganger hevdet sin rett til å tilsidesette medisinske råd og at hun mener legene viser manglende forståelse for lovverket. Fengselslederen mener den utestengte fengselslegen har varslet på feil grunnlag, og gjentok i mai 2008 begrunnelsene for hvorfor fengselslegen ikke er velkommen tilbake: ”I et fengsel er vi

prisgitt lojalitet, sikkerhetstenkning og samarbeidsevne for å gjøre jobben vår. Da har jeg vanskelig for å forholde meg til legen. Han blir en sikkerhetsrisiko.”<sup>149</sup>

Legene i fengselshelsetjenesten har av fengselslederen, statsadvokaten og Norsk fengsels- og friomsorgsforbund blitt anklaget i media for manglende kunnskap om straffegjennomføringsloven og dårlige medisinskfaglige vurderinger. En kan forstå fengselslederens utestengelse som en måte å gjøre legen til en utenforstående kritiker, i hvert fall ble han det i praksis. Men sterkere gjenklang til funn i mitt materiale, finnes i fengselslederens *begrunnelse* for utestengelsen sitert over. Her beskriver hun flere av de hensynene informantene forteller at de selv må ta med i beregningen når de opplever at fengselets oppgaver står i motsetning til pasientenes helse.

I denne konflikten avtegnes et landskap rundt legene der styringsrelasjonene på ”helsesiden” er svakere enn på ”straffesiden”. Da ledelsen ved Tromsø fengsel satte hardt mot hardt, synes det som om det var vanskelig for de ansatte å finne støtte fra aktørene på ”helsesiden” i konflikten. Arbeidsgiveren, altså kommunen, hadde ikke samme syn på fengselshelsetjenestens uavhengighet som de ansatte, og kan sies å ha gitt etter for å oppnå godt samarbeid med fengselet. Enkeltkolleger har åpent vist støtte til fengselshelseavdelingen lokalt. Overraskende nok har tillitsvalgtapparatet i Legeforeningen – både lokalt og sentralt – gitt offentlig støtte først sent i forløpet, og det etter press og temperaturfulle debatter på lokallagsmøter og i andre diskusjonsfora<sup>150</sup>. Helsedirektoratet ga først i februar 2009 uttrykk for at de nå oppfattet Tromsø-konflikten som en varslersak<sup>151</sup>. Helsetilsynet har ført et tilsyn, samt bedt Helse- og omsorgsdepartementet om å ta opp prinsipielle forhold med Justisdepartementet<sup>152</sup>. Enkeltpersoner og aktører som Norsk forening for kriminalreform (KROM) har uttrykt støtte<sup>153</sup>.

Saken har gått fram og tilbake på ulike nivåer mellom helsemyndighetene og justismyndighetene, uten at den er gjennomgått i sin helhet. ”Hele saksgangen fremstår for

<sup>149</sup> Sitatet er fra portrettintervjuet ”Nøkkelpersonen”, i avisa *Nordlys* 03.05.08, side 8-12. (Kildeliste 2)

<sup>150</sup> Som i diskusjonsforumet EYR på internett, som er et nettforum for leger. Forumet var åpent for alle til mars 2009.

<sup>151</sup> Avdelingsdirektør i Helsedirektoratet Jon Hilmar Iversen ga uttrykk for dette i sitt avslutningsinnlegg på kriminalpolitisk seminar om helse og sikkerhet på Institutt for kriminologi og rettsosjologi, UiO, 18.02.09.

<sup>152</sup> I brevet ”Helsetjeneste i fengsel – behov for avklaring”, av 03.03.09, signert ass. direktør Geir Sverre Braut og seniorrådgiver Lisa Husby Sande. Brevet er stilet til Helse- og omsorgsdepartementet, med kopi til en rekke sentrale, regionale og lokale instanser hos fengselsmyndighetene, helsemyndighetene og også til Legeforeningen (se Kildeliste 2).

<sup>153</sup> KROM har vist jevnt interesse for saken. Støtten kom først i et åpent brev til justisministeren kalt ”Utestenging” av professor og medlem av KROMs kriminalomsorgsutvalg Thomas Mathiesen. *Dagsavisen*, 22.05.08. KROMs kriminalomsorgsutvalg har også reist krav til justisministeren om ”å sette seg inn i sakens konkrete innhold, bringe respekt for varslerrollen og importmodellen inn i fengselsvesenet, og sørge for at den uholdbare utestengningen av fengselslege Karlsen umiddelbart opphører”. I det åpne brevet ”Du er rette vedkommende, Justisminister!” signert Thomas Mathiesen, *Dagbladet* 18.06.08, s. 50 (se begge innleggene i Kildeliste 2).

meg som et ping-pong spill av ansvarsfraskrivelse og uansvarlighet. Jeg syns ikke erfaringene inspirerer til å varsle fra om kritikkverdige forhold en gjøres kjent med gjennom sin yrkesutøvelse.” Slik oppsummerer fengselslegen sin erfaring fra konflikten<sup>154</sup>. Det skal mye til å gå i konflikt når sanksjonene er så sterke, og prosedyrer ved uenighet er uklare. Da er det ikke så rart om man lar være. På denne måten inviterer ikke systemet til kritikk, debatt og endring.

## 7.12 Legeetiske refleksjoner og konflikt om menneskerettigheter: Noe for ”de andre”? Blikket rettes utover på alle nivåer

Som nevnt i delkapittel 2.3.3 synes det lettere å snakke i abstrakte størrelser som etikk når en spør mer generelt og vidløftig. Da jeg ba informantene kommentere det etiske ved dilemmaet som Rådet for legeetikk behandlet på 1980-tallet (se vedlagt intervjuguide), trakk mange raskt en parallell til Abu Graib i Irak, Guantanamo-basen på Cuba eller legene i nazi-Tyskland. De knyttet etiske prinsipper i situasjonen til saker langt borte i tid eller rom. Det samme gjør Legeforeningen (se delkapittel 4.1). I Legeforeningens tidsskrift og internettsider presenteres foreningens arbeid for menneskerettigheter og utfordringer for legeetikk i fengselet som noe som først og fremst er aktuelt i land som Kina, Tyrkia og Irak – de hører hjemme hos ”de andre”.

I januar 2006 skrev Norges utenriksminister under på Europarådets fengselsregler som ministerkomiteen hadde vedtatt. Reglene er rettet mot medlemmene i Europarådet, og Norge er blant dem. Reglene forplikter medlemmene til å innrette ”sin lovgivning, politikk og praksis etter reglene [...]” samt at landene ”[...] sørger for at denne rekommandasjon med medfølgende tekstkommentarer oversettes og spres til flest mulig, spesielt blant rettsmyndigheter, fengselsansatte og individuelle innsatte.” (Europarådet 2006:2). Reglene skal gjelde alle medlemmene. Det eneste unntaket fra reglene er forespurt av Danmark, og gjelder interessant nok problemområdet for denne oppgaven. Danmark ba om å stå fritt overfor en regel om at fanger som holdes i isolat skal ha daglig besøk av medisinsk

---

<sup>154</sup> I e-postkorrespondanse med meg 23.01.09.

personell, fordi ”det reiser alvorlige etiske betenkeligheter i retning av at slikt personell i realiteten kan få i oppgave å erklære innsatte skikken til fortsatt isolat.”<sup>155</sup>.

Norge har ikke bedt om unntak fra reglene. Likevel er de ikke implementert i norsk lovverk og praksis. De er heller ikke spredd blant alle ansatte i fengslene, i hvert fall ble de ikke nevnt av informantene. Det at regjeringen ikke har tilpasset lovgivning og praksis etter avtalen, har hatt praktisk relevans for konflikten i Tromsø fengsel. Hadde Europarådets fengselsreglement blitt fulgt, måtte uenigheten mellom helseavdelingen og fengselet ha blitt håndtert annerledes, og det hadde kanskje ikke blitt en dramatisk konflikt i det hele tatt. Reglene sier nemlig at rapporter og råd legen presenterer, straks skal føre til tiltak fra fengselsdirektøren. Deretter står det: ”45.2 Hvis legens anbefalinger ikke ligger innenfor direktørens fullmakter, eller direktøren ikke er enig i dem, skal direktøren straks legge legens råd samt en personlig rapport fram for overordnet myndighet.” (Europarådet 2006:14). Utover disse praktiske konsekvensene, kan manglende oppfølging fra regjeringens side tolkes som et tegn på at reglene ikke oppleves som relevante eller viktige her hjemme. I den nye stortingsmeldingen om kriminalomsorgen er reglene kun referert til i tre tilfeller der de samsvarer med norsk praksis<sup>156</sup>. Regjeringen har, i kontrast til sin uttalte menneskerettighetsprofil på andre områder, ikke koplet fengselsreglene til den norske virkeligheten.

I denne oppgaven har jeg ikke søkt å analysere historiske, kulturelle og politiske årsaker til, og eventuelle virkninger av, den diskursive praksisen rundt menneskerettigheter og legeetikk i fengsler i Norge. Men jeg kan konstatere at mitt materiale tyder på at slike spørsmål ikke normalt problematiseres innenfor en *norsk* kontekst. Når menneskerettighetsspørsmål ikke synes å framstå som relevante i en norsk virkelighet, gir det gjenklang til andre debatter som berører synet på ”oss selv” og ”de andre”. Dersom problematikken stadig plasseres til andre steder og tider, skaper det en avstand som gjør det naturlig å tenke at det ikke angår ”oss”. Om det er slik, kan det være en del av forklaringen på at temaene som er tatt opp i denne oppgaven ikke vies større oppmerksomhet i Norge.

---

<sup>155</sup> På s. 24-25 i reglementets norske oversettelse (Europarådet 2006). Det var slike etiske spørsmål jeg ønsket å snakke med legene om. Oppgaven har imidlertid dreid seg i en annen retning. Danmarks bekymring bekrefter likevel at temaet ikke er helt på siden i skandinavisk fengselssammenheng, slik jeg tidvis har fryktet ettersom så få synes opptatt av det i Norge. Av plasshensyn har jeg valgt ikke å gå nærmere inn på Danmarks holdning her, utover å synliggjøre den for leseren.

<sup>156</sup> På side 105, 140 og 199 i St. meld. Nr. 37 (2007-2008), den såkalte ”kriminalomsorgsmeldingen” som regjeringen la fram for Stortinget 26.09.08, se Justis- og politidepartementet (2008) i kildelisten. Statssekretær Terje Moland Pedersen, som selv har jobbet med meldingen og representerte regjeringen på en høring om meldingen på Institutt for kriminologi og rettssosiologi, UiO, 17.11.08, ble her spurt om reglene ville bli implementert i norsk lovverk. Han oppfordret til å spørre utenriksministeren om det.

Denne oppgaven gir ikke grunnlag for å hevde at den generelle menneskerettighetsdiskursen i Norge er slik. Men det er ut fra datamaterialet grunnlag for å si at den norske politiske ledelsen, deres utøvende myndigheter og organer, samt legeprofesjonen ved Legeforeningen, ikke arbeider for å aktualisere problematikken overfor legene som jobber i fengslene. Da er det heller ikke så rart at fengselslegene ikke har den oppmerksomheten mot helsemessige konsekvenser av norsk varetekts- og isolasjonspraksis som jeg ut fra kritikken av den hadde forventet.



## 8. Avsluttende kommentarer

### 8.1 Oppgavens hovedfunn

Denne oppgaven startet med en nysgjerrighet på hvordan fengselsleger forholder seg til varetekt og isolasjon. Jeg antok at praksisen ville sette legene i en vanskelig situasjon, og at isolasjonspraksis var en "case" som satte motsetninger mellom helse og straff på spissen. Oppgaven viser at isolasjon og varetekt generelt er et ikke-tema. Problematisering av varetekt og isolasjon, og legenes arbeidsoppgaver knyttet til praksisen, har sildret ut av både veiledende tekster og organisatoriske strukturer hos norske helsemyndigheter – og blitt borte. Verken norsk politisk ledelse, helsemyndighetene eller Legeforeningen styrer blikket til fengselslegene i den retningen.

I helseavdelingen utløses klare rutiner ved "ekstremformen" isolat på sikkerhetscelle. Ellers forteller ingen av informantene om formelle eller uformelle rutiner i fengsels-helseavdelingen når det gjelder isolerte domfelte eller varetektsfanger som i varierende grad er isolerte. Det er ikke en del av legenes arbeidsoppgaver å ha en rutinisert oppmerksomhet rettet mot disse fangene. Når legene ikke ser dette som sin oppgave, kan det forstås i sammenheng med arbeidsdelingen mellom sykepleiere, leger og fengselsbetjentene, og tilliten denne er basert på. Samtidig gjør den at legene ikke kjenner så godt til fangene. Det er en avstand mellom legekontolet og fengselsavdelingene. Ingen av legene forteller at de varsles ved utelukkelse fra fellesskapet slik straffegjennomføringsloven krever. Det finnes likevel situasjoner i det daglige hvor varetekt og/eller isolasjon synliggjøres for, eller kan oppdages av, fengselslegene. Alle informantene har erfaringer med at isolerte utvikler plager eller helseproblemer som en følge av situasjonen de er i. Også her er et skille mellom "ekstremformer" og mindre klare tilstander. Ved akutt psykisk eller somatisk sykdom, kan legene legge pasienten inn på sykehus. Der legene opplever at isolerte får andre type plager eller helseproblemer, har de muligheter til å behandle, henvise videre eller be om tilretteleggelse ute i avdelingene, som økt lufting eller oppfølging gjennom samvær med betjenter. Legene opplever at de har muligheter, og forsøker å finne praktiske løsninger. Det er samtidig variasjoner i hvor godt innblikk legene har i hvilke muligheter som finnes for lempninger på isolasjonen, og hva de innebærer spesielt for varetektsfanger. Informantenes erfaringer med, samt bevissthet og kunnskap om, negative helsemessige aspekter ved de ulike formene for isolasjon varierer. Deres holdninger varierer også. Ingen mener at

fengselet generelt sett er et sunt sted å være, men mens noen informanter er motstandere av fengselsideen, ser andre fengsel som et nødvendig onde i samfunnet. Variasjonene til tross, alle synes likevel å gjøre det samme.

Fengselslegenes handlingsrom stanser uansett ved fengselets sikkerhetsvurderinger eller ressursprioriteringer som følger av disse. Årsaken til at legene ikke ”griper inn” der fengselets vurderinger eller behov i større eller mindre grad går på tvers av den isolertes helsemessige interesser, ligger i en institusjonell praksis både i helseavdelingen og i forholdet mellom helseavdelingen og fengselet. Legene har praktisk erfaring med at det faktisk går ganske bra med fangene. De oppfatter at kolleger i helseavdelingen eller kriminalomsorgen gjør det de kan så lenge varetektstiden løper, og så ordner det meste seg i det fangen får en dom. Samtidig forteller legene om uenigheter med fengselet, der ”helse taper”. Som oftest ikke ved alvorlig sykdom, men i de mer uklare og tilsynelatende mindre akutte tilfellene. Her må legene vurdere graden av lidelse. Legene godtar fengselets rett til å ta beslutninger de ikke er enige i, og at sikkerheten kommer først. De aksepterer – tilsluttende, pragmatisk eller kritisk – reglene og behovene fengselet har. Der disse oppfattes som skadelige for fangen, er helseavdelingens oppgave å begrense skadene og ”gjøre det en kan”. Ved uenigheter ordner en opp lokalt. Eller aksepterer det når en ikke når fram. Legene ser seg mer tjent med samarbeid enn å stå på sitt, og de fleste synes samarbeidet fungerer bra. Eller for bra – en av legene mente at helseavdelingen ble *for* integrert i fengselet.

Legene er ansatt av kommunen, ikke av fengselet. Atskillingen av helseavdelingen fra fengselet er et praktisk svar på en prinsipiell konflikt mellom helsetjenestens og fengselets formål. Denne ”importmodellen” ble lansert som en understreking av helsepersonalets frie og uavhengige stilling overfor fengselsmyndighetene. I fengselet likner arbeidet til fengselslegene det på et vanlig legekantor. Medisinskfaglige innspill får legene først og fremst fra tekstlige ressurser myntet på allmennleger, og de kommer langt med allmennlegekunnskapene sine. De empiriske koplingene til Legeforeningen og helsemyndigheter på ulike nivåer er få, og kjennskapen til eller bruken av det jeg først antok var viktige tekster i landskapet rundt legene er liten. Mens de fleste informantene kjenner til debatten rundt norsk isolasjonspraksis, forteller ingen at den har hatt betydning på arbeidsplassen. Flere informanter ble overrasket over at de ikke hadde koplet den type kritikk til egen hverdag. Kunnskap som er relevant for helsearbeid i fengsel, er lite tilgjengelig. Samtidig er Sosial- og helsedirektoratets veileder og Legeforeningens nettkurs dårlig kjent og lite brukt blant informantene. Mangelen på tekstlige ressurser legene kan

trekke inn i arbeidet, og kvaliteten på de som fins, gjør at mye er opp til legene selv. Fengselsegene oppfatter det ikke som spesielt at det forventes at de skal fungere selvstendig, men de opplever lav faglig og politisk interesse for sitt arbeid. I datamaterialet går det også fram at kunnskapen varierer ettersom hvor lenge informantene har jobbet i fengselet. De som har jobbet lenge opplever å ha flere muligheter. Samtidig som det synes å være stort gjennomtrekk av fengselsleger, fremhever leger som har jobbet lenge at man nettopp må jobbe over tid for å bli god. Det handler om å lære seg den spesielle konteksten legen jobber innenfor, nemlig fengselet. Her kan legene sies å stå i en svak styringsrelasjon til helsemyndighetene, og kriminalomsorgen synes å stå bedre rustet enn legene til å vinne gjennom med sine behov.

Spørsmålene rundt former for isolasjon i denne undersøkelsen åpnet opp for informantenes erfaringer fra andre aspekter ved organiseringen av fengselshelsetjenesten. Gjennom forsøk på å forstå en spesiell praksis, tegnet det seg et generelt bilde av forholdet mellom hensynet til helse og straff i norske fengsler. Det viser seg å være mange uklarheter – fra helsemyndighetene ”på toppen”, til helsearbeiderne ”nede” i hverdagen. Mens praksiser på ”straffesiden” i det institusjonelle landskapet rundt legene synes å være sterkere styrt, er praksiser som skal møte helsemessige konsekvenser av straffen svakere styrt. Her må legene i det daglige løse motsetninger mellom hensynet til helse og hensynet til straffegjennomføringen i et system de ikke kan kontrollere. Flere gir uttrykk for at det er en vanskelig jobb å ivareta pasientene der de ikke kan fjerne årsaken til lidelsene. Men det er slik det er. Det er jo straffen. Legene står altså tidvis i en form for konfliktsituasjon, selv om åpne konflikter synes å tilhøre sjeldenhetene. Den viktigste grunnen til at det ikke er konflikt der det oppstår motsetninger mellom helsemessige forhold og straffen/bevoktningen, er at legene eller helsearbeiderne ikke lager konflikt. De institusjonelle ordningene inviterer ikke til det. Arbeidet til fengselslegene foregår innenfor et institusjonelt kompleks som framstår som lite orientert mot kritikk, debatt og endring. Kritiske innvendinger eller innspill ”utenfra” oppleves ikke alltid som relevant bak murene. Det er i tillegg uklare prosedyrer for håndtering av konflikter mellom helseavdelingen og fengselet. Slike regler inngår i Europarådets fengselsreglement, men disse er ikke implementert i norsk praksis og lovverk. I Tromsø har legene hevdet fengselshelsetjenestens frie og uavhengige stilling overfor fengselet. I konflikten som oppsto, fikk de ikke så mye støtte som en kanskje kunne forventet fra helseinstanser som ikke er bundet av straffegjennomføringsloven slik fengselet er. Kritikk og uavhengighet ga utenforskap som kostet. Det oppmuntrer neppe til etterfølgelse.

Det er vanskelig å oppfatte fengselslegers arbeid som høyt prioritert hos norske myndigheter. Denne undersøkelsen svarer ikke på hvorfor, men når legeetikk, menneskerettigheter og fengsel diskuteres i Legeforeningen og på politisk topplan i Norge, framstår tematikken som et problem hos ”de andre”. Forholdet mellom helse og straff i fengslene problematiseres sjelden innenfor en norsk kontekst. Med fengselskonflikten i Tromsø har prinsipielle og praktiske sider ved dette forholdet fått ny oppmerksomhet. Det er for tidlig å si om etterspillet gir faktiske institusjonelle endringer, og om temaene igjen vil behandles som noe som angår virkeligheter utenfor Norge etter at konflikten er stilnet.

## 8.2 Noen kommentarer til analysen

Forskningsspørsmålene i denne oppgaven har vært orientert mot styring og konflikt, og dette preger beskrivelsen av fengselslegenes hverdag og arbeid. Mye av det viktige og *positive* som foregår rundt i fengselshelseavdelingene er ikke synliggjort i oppgaven. Den tegner på ingen måte hele bildet.

Med oppgavens fokus på institusjonell styring, er det også fare for at analysen framstår som veldig ”strukturen”. Jeg har lett etter det informantene har av felles erfaringer, men også ønsket å synliggjøre det mangfoldige ved deres meninger og erfaringer. Og at de faktisk ikke er fastlåst til fengselets stramme rammer. Tvert imot, fengselslegene er smidige og finner ofte praktiske løsninger innenfor det rigide fengselsvesenet. Dette er også en viktig årsak til at de ikke opplever grensene fengselet setter som så problematiske. Mangel på styring ovenfra kan også gi legene muligheter, for eksempel til å drive fagutvikling og prøveprosjekter, eller til å løse oppgaver basert på egne erfaringer og kunnskap. Og selv om ”strukturen” ikke oppmuntrer til det, kan helsearbeidere løfte uenigheter eller motsetninger til instanser utenfor fengselet, slik som i Tromsø. Dette er ikke vanlig, men framstår likevel som en fullt mulig konsekvens av forhold informanter på andre fengsler forteller om.

Legene er på ingen måte determinert av makt og styring. Men makt og styring av og fra ulike institusjonelle virksomheter trer inn i deres hverdag, mens legene reproducerer institusjonelle praksiser når de deltar i dem. Påvirkningen går ”nedenfra og opp”. Men mest går den ”ovenfra og ned”, det institusjonelle landskapet rundt legene *er* hierarkisk.

### 8.3 Noen kommentarer til metoden

Det er vanskelig å forutse hvorvidt en annen metodisk tilnærming hadde gitt rikere datamateriale og analyse. Mye av det jeg har gjort er likt ”tradisjonell” kvalitativ forskning. Del 1 i oppgaven er et resultat av et tradisjonelt forarbeid, selv om det fikk en annen betydning. Kunnskapen og funnene herfra hadde ikke kommet fram om jeg kun hadde basert meg på intervjuene. Det var en nyttig prosess, samtidig som endringene i kartene over landskapet rundt legene (figur 1 og 3) viser at intervjuene ga et langt rikere og annerledes bilde.

Enkelte metodiske redskaper har fått fram forhold jeg ellers kanskje ikke ville sett, for eksempel forståelsen av hvordan språk kan dekke over det en vil avdekke eller beskrive (institutional capture)<sup>157</sup>. Det viktigste aspektet ved forståelsen av fengselshelsetjenesten, er likevel et resultat av det generelle institusjonelle fokuset. Hadde jeg gjort en fenomenologisk orientert studie, der jeg var opptatt av meningsskaping og bevissthet, ville jeg kanskje lagt vekt på *variasjonen* i informantenes holdninger til og kunnskap om isolasjon og varetekt. Slik kapittel syv viser, spenner holdningene seg fra støtte til skepsis mot fengselets praksiser. Om jeg ut fra dette hadde antydnet, eller verre: konkludert med, variasjon også i *praksisen* i fengselshelseavdelingene, hadde jeg bommet kraftig. Oppgaven viser at meningene er ulike, men praksisen er grovt sett den samme. Dette er betinget av en institusjonell orden i forholdet mellom helsevesenet og justisvesenet i fengsel, som har relevans utover isolasjon og varetekt.

Selv oppfatter jeg at denne oppgaven viser at institusjonell etnografi utgjør et høyst fruktbart og viktig bidrag til kvalitativ forskningsmetode. Slik jeg ser det, kan denne typen sosiologi med fordel brukes også på andre forskningsområder. Videre forskning på forholdet mellom helse og straff i norske fengsler bør og kan ta mange veier. For eksempel utfordres stadig importmodellen og dens idégrunnlag om klare grenser mellom ulike typer virksomheter innenfor fengslene, blant annet av fengselsbetjentes nye rolle i behandling og (re-)habilitering. Sammen med ruskontrollregimer og forholdet mellom sykdom og straff

---

<sup>157</sup> Et eksempel er delkapittel ”6.5 Uklart om fengslenes muligheter gjelder varetektsfanger” der det etter mye ”graving og spørring” viste seg at tiltak overfor isolerte ikke nødvendigvis innebar varetektsfanger, og at informantene ikke var klar over det selv. Legene så muligheter der de ikke alltid hadde dem. Et liknende eksempel finnes i delkapittel ”6.3 Hvor og hvordan gjøres isolasjon synlig for Fengselslegen?”, der det ble klart at isolertes daglig kontakt med sykepleier i forbindelse med medisindeling på avdelingene som flere informanter fortalte om, likevel ikke favnet isolerte som ikke var medisineret.

blant fangebefolkningens rusbrukere, tegner dette seg særlig ut som områder som bør undersøkes nærmere – gjerne med bruk av institusjonell etnografi.

## 8.4 På feil sted til feil tid? Å skrive om et felt i bevegelse

Datainnsamlingen til oppgaven ble avsluttet i desember 2007. Den gang var ikke fengselshelse et tema som tok plass i norsk offentlighet eller i samfunnsvitenskapelige miljøer. Med konflikten i Tromsø fengsel har norsk fengselshelsetjeneste blitt gjenstand for ny offentlig interesse i 2008. Saken er unik, og illustrerer viktige aspekter ved denne oppgavens problemområde. Jeg har likevel ikke innlemmet den som case i studien, men holdt fast på valget om å undersøke den ”normale” tilstanden i norske fengsler blant store helseavdelinger. Tromsø-konflikten har bidratt til forståelsen av resten av materialet i studien, og tydeliggjort grensene og uklarhetene ved forholdet mellom helseavdelingene og fengslene. Konfliktnivået skiller seg fra de andre institusjonene, men prinsippene som står på spill er de samme.

Tromsø-konflikten har frambrakt engasjement hos en rekke aktører. En av følgene er at det synes å ha kommet koplinger mellom institusjonelle aktører og fengselshelsetjenesten som tidligere ikke har vært der. For eksempel ser Legeforeningen, som tidligere ikke arbeidet med fengselshelse i Norge, i skrivende stund ut til å peke ut fengselshelse som et av satsningsområdene for allmennmedisin fram mot år 2020. Foreningen har også reist krav om bedre ordninger for samarbeid mellom fengselet og helsetjenesten, og påpekt mangel på bemanning og ressurser<sup>158</sup>. Partiet Høyre har foreslått en fullstendig gjennomgang av organisering og dimensjonering av helsetjenestetilbudet<sup>159</sup>. Og Helsedirektoratet og KSF har varslet at de vil imøtegå Tromsø-legens ønske om klare regler og rutiner ved uenighet mellom fengselshelsetjenesten og fengselsledelsen<sup>160</sup>.

Det er for tidlig å si hvor sterke ringvirkninger Tromsø-konflikten vil gi i landskapet rundt fengselslegene. Foreløpig har den gitt få konkrete resultater på institusjonelt nivå.

---

<sup>158</sup> I forbindelse med at Legeforeningens generalsekretær Terje Vigen var i en høring om Kriminalomsorgsmeldingen på Stortinget 04.12.08. Se Den norske Legeforeningen 2008 i Kildeliste 2.

<sup>159</sup> Ifølge Elisabeth Aspaker, justiskomiteen (H), i avisinnlegget ”Straff og livet derpå”, 03.03.09 (se Kildeliste 2.)

<sup>160</sup> Etter uttalelse fra avdelingsdirektør i Helsedirektoratet Jon Hilmar Iversen og fungerende avdelingsdirektør i Kriminalomsorgens sentrale forvaltning Sissel Kofoed, på kriminalpolitisk seminar om helse og sikkerhet på Institutt for kriminologi og retts sosiologi, UiO, 18.02.09.

## 8.5 "Institutional capture" av eget prosjekt?

Både helsearbeidere og kriminalpolitisk orienterte miljøer har vist interesse for masterprosjektet mitt. Jeg har fortalt om den i flere fora med utgangspunkt i at kunnskapen jeg produserer skal være til nytte for andre. Mye tyder på at jeg kan ha påvirket feltet, i hvert fall på to områder.

På oppdrag fra SHdir etablerte Helsebiblioteket en redaksjon i 2007 som skulle utarbeide internettsider for fengselshelsetjenesten. Denne redaksjonen inviterte meg til å holde foredrag om mastergradsprosjektet mitt i mars 2008. Redaksjonen besto av personer med ulike yrkesbakgrunner fra fem fengsler i Norge. Siden de blant annet skulle samle kunnskap og legge ut tekster på internettsiden, valgte jeg blant annet å snakke en del om de ulike veilederne for fengselshelsetjenesten (omtalt i kapittel 4). Da jeg begynte med oppgaven, var det etter hva jeg vet ikke stilt spørsmål ved den gjeldende veilederen hos SHdir eller i offentlige fora. Veilederen fra 1987 var ikke kjent for noen av redaksjonens medlemmer. Men i etterkant av foredraget gjorde redaksjonen en gjennomgang av den nåværende veilederen, og redaktør Kjetil Karlsen har senere i rollen som fengselslege i Tromsø stilt spørsmål om den bør revideres overfor Helsedirektoratet<sup>161</sup>. I skrivende stund forbereder SHdir arbeidet med en ny veileder, kun fem år etter at den forrige kom<sup>162</sup>.

Jeg kan også ha medvirket til kravet om at Europarådets fengselsreglement skal implementeres i Norge. Med interesse for internasjonale regler og kritikk av norsk isolasjonspraksis, gikk jeg gjennom reglene i april 2008. Jeg fikk ikke reglene til å stemme med handlingsforløpet i Tromsø-konflikten, og henvendte meg til den da utestengte fengselslegen Kjetil Karlsen og ba ham forklare meg prosedyrene for konflikthåndtering. På dette tidspunktet hadde jeg ikke lest eller hørt om Europarådets fengselsreglement noe sted – de var ikke et tema i institusjoner som har med fengselshelsearbeid å gjøre. Etter dette har Karlsen i ulike kanaler etterlyst klare regler for konflikthåndtering, blant annet med

---

<sup>161</sup> I "Fengselshelsetjeneste og legeforeningens rolle", et åpent brev til Helsedirektoratet postet på [eyr.no](http://eyr.no) (nettforum for leger) 14.06.08 av Kjetil Karlsen (Kildeliste 2).

<sup>162</sup> Revideringsarbeidet ble varslet under foredraget til avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Jon Hilmar Iversen, på KROMS vinterseminar 09.01.09. Her ga han uttrykk for at veilederen ikke var bra, og fortalte om revideringen med henvisning til kravet som ble reist av dr. Kjetil Karlsen.

henvisning til disse reglene, og KROM og Legeforeningen har stilt seg bak dette<sup>163</sup>. I 2009 har både SHdir og KSF sagt at de ønsker å implementere reglene<sup>164</sup>.

Både kravene som er stilt rundt disse tekstene og det at de ser ut til å få gjennomslag, er et resultat av etterspill etter Tromsø-konflikten. De inngår i *politiske* krav om bedring av fengselshelsetjenesten. Mine beskrivelser av tekstene i seg, mangel på tekstlig mediert styring og utdefinering av internasjonale rekommandasjoners relevans i Norge, inngår i en *sosiologisk* analyse av fengselshelsearbeid på forskjellige institusjonelle nivåer. Jeg har ikke lest styrende tekster for å konkludere om hvordan de burde være, men for å forstå hvordan fengselshelsearbeid styres. Jeg har ikke beskrevet ”helsesidens” svake styringsrelasjon til fengselslegene i en etterlysning av mer styring og makt. Tvert imot, slik jeg ser det kan svak styring ovenfra gi muligheter. Jeg har vært redd for at mine *sosiologiske funn* ”fanges av institusjonene”, og samtidig oppfattes som krav om politisk handlekraft i en tid med uvanlig mange kritiske røster i feltet. Det er en problematisk sammenblanding. Derfor har jeg i fora der representanter for Legeforeningen og helsemyndighetene har vært til stede,<sup>165</sup> presisert skillet mellom sosiologiske beskrivelser og politiske krav. Det jeg derimot har ytret normativt, er at eventuelle endringer bør komme som et resultat av erfaringene til de som har å gjøre med fengselshelsearbeid i det daglige, all den tid avstanden mellom dem og posisjonene på toppen av de institusjonelle hierarkiene synes så stor. Slik har jeg advart mot rask og sterk styring ovenfra.

Jeg ser det som uproblematisk om min kunnskap har bidratt til å synliggjøre aspekter ved fengselshelsearbeid, og at min forståelse av disse er blitt kjent i fora der fengselshelse diskuteres. Dette er helt i tråd med målene for institusjonell etnografi, som handler om at sosiologien skal utvide synsvidden og kunnskapen til de som er i feltet man studerer. Jeg har gitt en sosiologisk beskrivelse av hvordan fengselshelsetjenesten kan forstås. Hvordan den *bør* være, er opp til menneskene som er i den å bestemme.

---

<sup>163</sup> Se leserinnlegget ”Utestengning”, av Thomas Mathiesen i Dagsavisen 22.05.08 (i Kildeliste 2). Legeforeningens krav er reist i brev til Helse- og omsorgsdepartementet ”Rolleavklaring vedrørende medisinske vurderinger av innsatte i fengsel”, datert 07.07.08 (i Kildeliste 2).

<sup>164</sup> Når dette skal skje er ikke tidfestet. Uttalelsene kom i forbindelse med kriminalpolitisk seminar om helse og sikkerhet på Institutt for kriminologi og rettssosiologi, UiO, 18.02.09. Seminaret tok utgangspunkt i Tromsø-konflikten, og kopi av relevante deler av Europarådets fengselsreglement ble delt ut til tilhørerne av arrangørene.

<sup>165</sup> På møte om fengselshelsetjenesten på KROMs konferanse på Spåtind 09.01.09, og kriminalpolitisk seminar om helse og sikkerhet på Institutt for kriminologi og rettssosiologi, UiO, 18.02.09.



## Kildeliste 1

- Andersen, Henrik Steen, Dorte Sestoft, Tommy Lillebæk, Gorm Gabrielsen, Ralf Hemmingsen og Peter Kramp (2000): "A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement", i *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2000;102, ss.19-25. Munksgaard: Blackwell Publishing.
- Andorsen, Kjell V. (1984): "Om varetektsfengsling og uforholdsmessig inngrep", i *Lov og rett. Norsk juridisk tidsskrift*. 1984, nr. 2, ss. 79-98. Oslo: Universitetsforlaget.
- Annas, George J. (2005): "Unspeakably Cruel – Torture, Medical Ethics, and the Law", i *The New England Journal of Medicine*, Vol. 352, nr. 20. Ss:2127-2132. Waltham: Massachusetts Medical Society.
- Bakke, Hans Christian (2004): "Fengselslegens utfordringer", I *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 20. 2004;124, s. 2669. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Basberg, Cecilie E. (1999): *Omsorg i fengsel?* Oslo: Pax forlag.
- Bourdieu, Pierre (1990): *The logic of practice*. Oxford: Polity Press.
- (1999): *Meditasjoner. Méditations pascaliennes*. Oslo: Pax forlag.
- Campbell, Marie & Gregor Frances (2004): *Mapping Social Relations. A Primer in Doing Institutional Ethnography*. Lanham: AltaMira Press.
- CAT (UN Committee against Torture) (2002): "UN Committee against Torture: Conclusions and Recommendations: Norway", CAT/C/CR/28/3. Publisert 12.06.02, lest 26.02.09 på <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3d5a51794.html> Genève: UN Committee Against Torture (CAT).
- (2008): "Conclusions and recommendations of the Committee against Torture: Norway", CAT/C/NOR/CO/5. Publisert 05.02.08, lest 26.02.09 på <http://www.unhcr.org/refworld/country,,,NOR,4562d8b62,47b158142,0.html> Genève: UN Committee Against Torture (CAT).
- Christie, Nils (1982): *Pinens begrensning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- (1993): "Modeller for fengselsorganisasjonen", i Mathiesen, Thomas og Arne Heli (red.) (1993): *Murer og mennesker. En KROM-bok om fengsel og kriminalpolitikk*. Ss. 113-120. Oslo: Pax forlag.
- Clark, Peter A. (2006): "Medical Ethics at Guantanamo Bay and Abu Ghraib: The Problem of Dual Loyalty", i *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 34/2006, nr. 3, ss. 570-580. Boston, Massachusetts: American Society of Law, Medicine & Ethics.
- CPT (The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment): (1994): "Report to the Norwegian Government on the visit to Norway carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 27 June to 6 July 1993", CPT/Inf (94) 11. Publisert 21.09.98, lest 26.02.09 på

- <http://www.cpt.coe.int/documents/nor/1994-11-inf-eng.pdf> Strasbourg/Oslo: Council of Europe.
- (1997): "Report to the Norwegian Government on the visit to Norway carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 17 to 21 March 1997". CPT/Inf (97) 11. Publisert 05.09.97, lastet ned 26.02.09 fra <http://www.cpt.coe.int/documents/nor/1997-11-inf-eng.pdf> Strasbourg: Council of Europe.
  - (2000): "Report to the Norwegian Government on the visit to Norway carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 13 to 23 September 1999". CPT/Inf (2000) 15. Publisert 09.10.00, lastet ned 26.02.09 fra <http://www.cpt.coe.int/documents/nor/2000-15-inf-eng.pdf> Strasbourg: Council of Europe.
  - (2006): "Report to the Norwegian Government on the visit to Norway carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 3 to 10 October 2005". CPT/Inf (2006) 14. Publisert 11.04.06, lastet ned 26.02.09 fra <http://www.cpt.coe.int/documents/nor/2006-14-inf-eng.pdf> Strasbourg: Council of Europe.
- Dalgard, Odd Steffen (1995): "Isolasjon i fengselet og helsemessige skadevirkninger", i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 18. 1995;115, s. 2233. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Danielsen, Trond og Wilhelm Meek Hansen (2002): *Kvalitet i varetektsarbeidet: en undersøkelse fra Oslo fengsel om varetektsinnsatte med restriksjoner*. I serien KRUS dokumentasjon & debatt. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningssenter.
- Den norske legeforening (2002): "Ethiske regler for leger". Vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest 21. juni 2002. Ingen navngitt forfatter. Publisert 21.06.02, lest 21.02.09 på <http://www.legeforeningen.no/id/485.1> Oslo: Den norske legeforening.
- (2004a): "Stor entusiasme under kurslansering". Usignert artikkel publisert 08.06.04, lest 20.03.09 på <http://www.legeforeningen.no/id/45038.0> Oslo: Den norske legeforening.
  - (2004b): "Doctors working in prison: human rights and ethical dilemma". Usignert informasjonstekst om kurset med samme navn, lest 20.03.09 på <http://195.159.153.18/index.cfm?m=2&s=1&lang=2&kursid=50&file=kurs/K050/intro.cfm>, med tilgangspassord fra <http://www.legeforeningen.no/id/147135> Oslo: Den norske legeforening.
  - (2008): "Spesialistreglene i allmennmedisin". Usignert artikkel publisert 19.08.08, lest 22.03.09 på <http://www.legeforeningen.no/id/1124.0> Oslo: Den norske legeforening.
  - (2009): "Legestatistikk". Usignert artikkel publisert 23.03.09, lest 29.03.09 på <http://www.legeforeningen.no/id/18.0> Oslo: Den norske legeforening.

- DeVault, Marjorie L. & Liza McCoy (2006): "Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations", i Smith, Dorothy E. (Ed.) (2006): *Institutional Ethnography as Practice*. Ss. 15-44. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Europarådet Ministerkomiteen (2006): *Ministerkomiteens rekommandasjon Rec(2006)2 til medlemsstatene om de europeiske fengselsreglene (vedtatt av ministerkomiteen 11. januar 2006 på det 952. møtet mellom ministerrepresentantene)*. Ingen navngitt forfatter. Oversatt utgave publisert 02.06.06, lastet ned 07.02.09 på <http://img.custompublish.com/getfile.php/292935.823.dtcddvcyvf/europeiske%20fengselsreglene.pdf?return=www.kriminalomsorgen.no> Strasbourg: Council of Europe.
- Fangen, Katrine (2004): *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Finstad, Liv og Anne Lise Gjetvik (1990): *Varetektsfanger forteller*. Oslo: Institutt for kriminologi og strafferett, UiO.
- Fog, Jette (2004): *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk forlag
- Freidson, Eliot (1970): *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Fridhov, Inger Marie (1997): "Fanger og fengsel", i Finstad, Liv og Cecilie Høigård (red.) (1997): *Kriminologi*. Oslo: Pax forlag.
- Friestad, Christine og Inger Lise Skog Hansen (2004): *Levekår blant innsatte*. Oslo: Fafo.
- Gamman, Tor (1993): "Om isolasjon og fangers helse", i *Utposten. Blad for allmenn- og samfunnsmedisin*. 1993:22 (2), ss. 61-63. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB.
- (1995): "Uheldige helsemessige effekter av isolasjon. En klinisk studie av to grupper varetektsinnsatte", i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 18. 1995;115, ss. 2243-2246. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- (2001): "Om bruk av isolasjon under varetektsfengsling", i *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, nr. 1, 2001;88, ss. 42-44. København: De Nordiske Kriminalistforeninger.
- Gamman, Tor og Olav M. Linaker (2000): "Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte." i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 18. 2000;120, ss. 2151-2153 Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Grassian, Stuart (1983): "Psychopathological Effects of Solitary Confinement" i *The American Journal of Psychiatry*, nr. 11, 1983;140, ss. 1450-1454. Baltimore: The American Psychiatric Association.
- Hammerlin, Yngve (2000): "Selvmord i norske fengsler: del 1", i *Suicidologi* nr. 1/2000, ss.29-31. Oslo: Universitetet i Oslo, Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging.
- (2001): "Varetekt – et haleheng i kriminalomsorgen?", i *Tidsskrift för Kriminalvård* 2001:3, ss. 11-22. Stockholm: Svenska Fångvårdssällskapet.

- (2008): *Om fangebehandling, fange- og menneskesyn i norsk kriminalomsorg i anstalt 1970-2007*. Dr.philosavhandling ved Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Det juridiske fakultet. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hammerlin, Yngve og Thomas W. Strand (2005). *Vold mot tilsatte i kriminalomsorgen 2004*. Rapport nr. 2. Oslo: KRUS.
- (2006). *Vold mot tilsatte i kriminalomsorgen 2005*. Rapport nr. 4. Oslo: KRUS.
- Hartvig, Pål og Bjørn Østberg (2004): "Psykisk lidelse og avvik blant norske fengselsinnsatte", i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 16. 2004;124, ss. 2091-2093. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Hartvig, Pål og Ellen Kjelsberg (2005): *Sykdomsforekomst og behandlingstilbud for fengselsinnsatte. Undersøkelser gjennomført i norske fengsler 2003-2005*. Kompetansesenterets prosjektrapport 2005 – 3. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør.
- Hauge, Ragnar (1996): *Straffens begrunnelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellevik, Vårin (2001): *Bruk av isolasjon i norske fengsler*. Juss-Buss stensilserie nr. 84. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Helsedirektoratet (1987): *Faglig veileder for Fengselshelsetjensten*. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-87. Ingen navngitt forfatter eller redaksjon. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2002): "Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenesten i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsetilsynet 4/2002". Ingen navngitt forfatter. Publisert november 2003, lastet ned 24.03.09 fra [http://www.fylkeslegen.no/templates/Document\\_\\_\\_\\_3115.aspx](http://www.fylkeslegen.no/templates/Document____3115.aspx) Oslo: Helsetilsynet.
- Hjelde, Ida (2006): *Eurosentrisme i sosiologien*. Hovedoppgave skrevet ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hårdnes, Anne Mette (2008): *Helsetilbudet i norske fengsel. En undersøkelse av regler og praksis*. Masteroppgave levert ved juridisk fakultet, institutt er ikke oppgitt. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Institutt for kriminologi og rettssosiologi (2008): "Pensum/læringskrav (RSOS2801 – Høst 2008)". Usignert pensumliste publisert 22.04.08, lest 29.03.09 på <http://www.uio.no/studier/emner/jus/ikrs/RSOS2801/h08/pensumliste.xml> Oslo: Institutt for kriminologi og rettssosiologi, UiO.
- Jensen, Jørgen P., Finn Jørgensen og Jørgen W. Rasmussen (red.): *Vidnesbyrd om de psykiske og sociale følger af dansk isolationsfængsling*. Haarby: Forlaget i Haarby.
- Justis- og politidepartementet (2001): "Kapittel 3. Fengselsstraff, forvaring og strafferettslige særreaksjoner" i *Lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven)*. Publisert i 2001 hefte 6, ikrafttredelse 01.03.02. (Loven er endret flere ganger. I oppgaven refereres det til § 37 og § 38). Lest 20.03.09 på <http://www.lovdato.no/all/nl-20010518-021.html> Oslo: Justis- og politidepartementet.

- (2008): *St.meld. nr. 37 (2007-2008) Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn (kriminalomsorgsmelding). Tilråding fra Justis- og politidepartementet av 26. september 2008, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)* Lastet ned 21.01.09 på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stmeld/2007-2008/stmeld-nr-37-2007-2008-.html?id=527624> Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Jørgensen, Finn (1981): "De psykiske følger af isolation", i *Ugeskrift for Læger* 1981;143, ss. 3346-3347. København: Den Almindelige Danske Lægeforening.
- (1990): "Isolationssyndromer", i *Ugeskrift for Læger* 1990;152, s. 1755. København: Den Almindelige Danske Lægeforening.
- Kjelsberg, Ellen, Paal Hartvig, Harald Bowitz, Irene Kuisma, Peder Norbech, Aase-Bente Rustad, Marthe Seem and Tom-Gunnar Vik (2006): "Mental health consultations in a prison population: a descriptive study", i *BMC Psychiatry* 2006, 6:27. Ss. 1-9. Lastet ned 15. 01.08 på <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/27/prepub> London: BioMed Central Ltd.
- Koch, Ida (1983): "Isolasjon – sivilisert tortur" i *Hefte for kritisk juss*, nr. 3-4 1983. Ss. 29-35. Oslo: Rettspolitisk forening.
- Koch, Ida og Manfred W. Petersen (1988): "Isolation af varetægtsfængslede", i *Retspolitisk status. Festskrift i anledning af Dansk Retspolitisk Forenings 10 års jubilæum*. Ss. 68-97. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Koch, Ida, Bent Sørensen, Manfred Petersen, Jørgen W. Rasmussen og Henning Glahn (2003): "Isoaltion – en plet på det danske retssystem", i Jepsen, Jørgen og Jens Lyhne (red.) (2003): *Retspolitiske udfordringer. Jubilæumsskrift for Dansk Retspolitisk Forening 1978-2003*. Ss. 311-337. København: Gads forlag.
- Kriminalomsorgen (2008): *Kriminalomsorgens årsstatistikk 2007*. Ingen navngitt forfatter eller redaksjon. Oslo: Kriminalomsorgen.
- (2009a): "Finn fengsel eller friomsorgskontor/Velg fengsel", usignert fengselsoversikt på nettsiden til Kriminalomsorgen. Ingen publiseringsdato. Lest 20.01.09 på <http://www.kriminalomsorgen.no/velg-fengsel.77853.no.html>. Oslo: Kriminalomsorgen.
- (2009b): "Tema/varetekt", usignert artikkel på nettsiden til Kriminalomsorgen. Ingen publiseringsdato. Lest 16.03.09 på <http://www.kriminalomsorgen.no/index.php?id=432987> Oslo: Kriminalomsorgen.
- KROM (1992): "Fornål på siden av loven" i Heli, Arne og Thomas Mathiesen (redaktører) (1992): *KROM-nytt, bulletin for Norsk forening for kriminalreform*, nr. 1 1992. Ingen navngitt forfatter. Oslo: Norsk forening for kriminalreform.
- Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeveld, Hans og Henning Melhus (2004): "Blir psykiske lidelser i fengsel fanget opp av helsetjenesten?", i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 16. 2004;124, ss. 2094-2097. Oslo: Den Norske Lægeforening.

- Larsen, Bjørn-Inge (2004): "Forord", i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) (2004): *Helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel*. Veileder IS-1190. Ss. 1-2. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Letvik, Håkon (1987): "Legenekt godtas ikke på Ullersmo", i *Aftenposten Morgen* 22.01.87, side 80. Oslo: Aftenposten.
- Lian, Olaug S. (2003): *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lunde, Liv (1997): "Den europeiske torturkomiteen med kritikk av Norge", i *Kritisk Juss* nr. 3 Vol. 24, ss. 198-202. Oslo: Rettspolitisk forening.
- Mathiesen, Morten E. (2001): "Sykepleie og tortur" i *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 7, s. 2. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Mathiesen, Thomas (1970): "Fengselssamfunnets konservatisme" i Dalgard, Odd Steffen (red.) (1970): *Dømt til sikring*. Ss. 96-108. Oslo: Pax forlag.
- (1995): *Kan fengsel forsvares?* Oslo: Pax forlag.
- Mathiesen, Thomas, Mette-Julie Sundby og Anka Ødegaardshaugen (2007): "Gjennomgang av straffegjennomføringsloven med henblikk på rettigheter m.v. Ad. ny stortingsmelding om kriminalomsorgen." på [www.kriminalpolitikk.uio.no](http://www.kriminalpolitikk.uio.no) Publisert 01.11.07, lest 20.03.09 på <http://www.kriminalpolitikk.uio.no/Straffegjennomf-%C3%B8ringsloven.arbeidsgruppe4.pdf> Oslo: UiO.
- Morgan, Rod (1999): "Moderate Psychological Pressure – the Scandinavian Way?", i *Kritisk Juss* nr. 2 26/1999, ss. 201-204. Bergen: Rettspolitisk forening/Fagbokforlaget.
- Mortensen, Øystein, Jan Olav Gjeltén, Leif Waage og Bjørn Helge Johnsen (2000): "Symptomer hos innsatte i varetekt: Effekten av mestringsstil og generelle mestringsforventninger", i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37/2000, ss. 1017-1023. Oslo: Norsk Psykologforening.
- Mjøset, Lars (1997): "Makro - mikro" i Korsnes, Olav, Heine Andersen og Thomas Brante (red.): *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NESH, Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006): "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi". Ingen navngitt forfatter. Lest 24.03.09 på <http://www.etikk.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/NESHretningslinjer/06> Oslo: NESH.
- NRK (2009): "Riktig vel bevart? Psykiatri i norske fengsler". Brennpunkt 03.02.09 (tv-dokumentar). Regi: Torill Svaar. Lastet ned 20.02.09 på <http://www1.nrk.no/nett-tv/indeks/158398> Oslo: NRK.
- NTNU (2003): "Begrep og definisjoner IT og Helse", usignert begrepsoversikt på nettsiden til KVALIS, *Kvalitetssikring av elektronisk pasientjournal i sykehus*. Publisert 02.09.03, lest 20.03.09 på [http://kvalis.ntnu.no/PublicDocs/00\\_Begreper\\_og\\_definisjoner.html](http://kvalis.ntnu.no/PublicDocs/00_Begreper_og_definisjoner.html) Trondheim: NTNU.
- Prieur, Annick (2002): "At sette sig i en andens sted: En diskussion af nærhed, afstand og feltarbejde" i Jacobsen, Michael Hviid, Søren Kristiansen & Annick Prieur (red.)

- (2002): *Liv, fortælling, tekst: Streiftog i kvalitativ sociologi*. Aalborg: Aalborg universitetsforlag.
- P.S.Smith (Peter Scharff Smith) (2005): "Varetægtsfengsling i isolation – en besynderlig skandinavisk tradition?", i *Social kritik – Tidsskrift for social analyse og debatt*, nr. 99/2005. Ss 4-17. København: Selskabet til Fremme af Social Debat.
- (2006): "The effect of solitary confinement on prison inmates: A Brief history and review of the litterature", i *Crime and justice*, Vol. 34/2006. Ss. 441-528. Chicago: University of Chicago Press.
- Retriever (2009): "Om Retriever", usignert informasjonsartikkel på Retrievers internettsider. Ingen publiseringsdato Lest 12.02.09 på [www.retriever-info.com/no/](http://www.retriever-info.com/no/) Oslo: Retriever.
- Rasmussen, Kirsten (2003): "Omstridt tiltak for belastet gruppe" i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 13-14. 2003;123, s. 1821. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Rasmussen, Kirsten, Roger Almvik og Sten Levander (2001): "Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population", i *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, nr. 2. 2001;29, ss. 186-193. Bloomfield, CT: The American Academy of Psychiatry and the Law.
- Roland, Tore (2006): "Fengsel i krise", lederartikkel i *Ringerikes Blad*, publisert 28.10.2006. Lest 01.03.08 på [http://www.ringblad.no/lokal\\_leder/article2373366.ece](http://www.ringblad.no/lokal_leder/article2373366.ece) Hønefoss: Ringerikes Blad.
- Rådet for legeetikk (1987): "Beretning fra Den norske Lægeforenings råd for legeetikk i tiden 1. mai 1985 til 30. april 1987", i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 14. 1987;107, ss. 1265-1285. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Scott, Joan W. (1992): "Ch. 2: 'Experience'", i Butler, Judith & Joan W. Scott (red.) (1992): *Feminists Theorize the Political*. Ss.22-40. New York: Routledge.
- SHdir, se Sosial- og helsedirektoratet.
- Skarøhamar, Torbjørn (2002): *Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsler*. K-serien nr. 1/02. Oslo: Institutt for kriminologi og rettssosiologi, avd. kriminologi, Universitetet i Oslo.
- Smith, Dorothy E. (1987): *The Everyday World As Problematic. A Feminist Sociology*. Boston: Northeastern University Press.
- (1999): *Writing the Social: Critique, Theory, and Investigations*. Toronto: University of Toronto Press.
- (2001): "Texts and the ontology of organizations and institutions" i *Culture and Organization* Vol 7:2, ss. 159-198. London: Routledge.
- (2005): *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. Oxford: Alta Mira Press.
- (2006a): "Introduction", i Smith, Dorothy E. (Ed.) (2006): *Institutional Ethnography as Practice*. Ss. 1-11. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.

- (2006b): "Incorporating Texts into Ethnographic Practice", i Smith, Dorothy E. (Ed.) (2006): *Institutional Ethnography as Practice*. Ss. 65-107. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Smith, Peter Scharff, se P.S.Smith
- Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) (2004): *Helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel*. Veileder IS-1190. Ingen navngitt forfatter eller redaksjon. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- (2008): Årsrapport fra fengselshelsetjenesten 2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stang, Jan, Jens Moe, Inge Arne Teigset, Bjørn Østberg og Trond Andres Moger (2003): "Fanger i sikkerhetscelle – en utfordring", i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 13-14. 2003;123, ss. 1844-1846. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Statistisk sentralbyrå/SSB (2009): "Fengslinger, 2007. Flere i fengsel og lengre vareteksttid." Ingen navngitt forfatter. Frigitt 26. februar 2009 på <http://www.ssb.no/fengsling/>, lest 16. mars 2009. Oslo: SSB.
- Storvik, Birgitte Langset (2003): *Straffegjennomføring etter lov av 18. mai 2001 nr. 21*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press.
- Thagaard, Tove (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- (2009): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Widerberg, Karin (1995a): *Kunnskapens kjønn: minner, refleksjoner og teori*. Oslo: Pax forlag.
- (1995b): "Sociologins makt – maktens sosiologi." i *Sociologisk Forskning*, 4, ss. 5-17. Stockholm: Sveriges Sociologförbund.
- (1996): "Køn og samfund", i Andresen, Heine og Lars Bo Kaspersen (red.) (1996): *Klassisk og moderne samfundsteori*. Ss. 517-539. København: Hans Reitzels Forlag.
- (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- (2004): "Institutional Ethnography – Towards a Productive Sociology", i *Sosiologisk tidsskrift* 12, ss. 179-184. Oslo: Universitetsforlaget.
- (2007): "Institusjonell etnografi – en ny mulighet for kvalitativ forskning?" i *Sosiologi i dag*, årgang 37, nr. 3/2007, ss. 7-28. Oslo: Novus forlag.
- Wikipedia (2009): "Retriever Norge". Usignert artikkel om mediearkivet Retriever. Lest 12.02.09 på <http://no.wikipedia.org/wiki/Atekst> Florida: Wikipedia Foundation Inc.
- Ødegård, Einar (2008): "Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte i norske fengsler" i *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift* Vol 25, 2008/3, ss. 169-185. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.



## Kildeliste 2

Kildegrunnlag for omtale av Tromsø-saken i kapittel 7.

### Medieoppslag, kronologisk

1. Øvreberg E. "Pernille (30) tok sitt liv i fengsel." *Bladet Tromsø*. 2005.05.07: 10-11.
2. Haakensen T. "Fagfolk i helsestrid." *Bladet Tromsø*. 2006.11.21: 4-5.
3. Strandmo J. "Fengselslederen setter innsattes liv og helse i fare." *Bladet Tromsø*. 2008.03.01: 1, 4-5.
4. Endresen R. "Mener dømte slipper for lett." *Dagens næringsliv*. 2008.03.17: 12-13.
5. Fremnesvik SP. "Slipper ikke inn." *Bladet Tromsø*. 2008.04.04: 1, 4-5.
6. Jensen T, Asvall H. "73 innsatte uten lege." *NRK*. 2008.04.04. Lest 2008.04.18 på [http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/troms\\_og\\_finnmark/1.5302218](http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/troms_og_finnmark/1.5302218)
7. Nordnes KK. "Lege slipper ikke inn i fengsel." *NRK*. 2008.04.04. Lest 2008.04.18 på [http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/troms\\_og\\_finnmark/1.5294159](http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/troms_og_finnmark/1.5294159)
8. Sørensen T, Pedersen JR. "Full forvirring i fengsel." *NRK*. 2008.04.04. Lest 2008.04.18 på [http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/troms\\_og\\_finnmark/1.5298597](http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/troms_og_finnmark/1.5298597)
9. Fremnesvik SP. "Måtte til soning." *Bladet Tromsø*. 2008.04.05: 1, 6-7.
10. Leder. "Profesjonskamp." *Bladet Tromsø*. 2008.04.07: 3.
11. Pedersen C. "Enige om å bli venner igjen." *Bladet Tromsø*. 2008.04.09: 14.
12. Fremnesvik SP. "Tromsø fengsel skiller seg ut." *Bladet Tromsø*. 2008.04.10: 4-5.
13. Hanssen HI. "Vi gir innsatte feil medisin." *Nordlys*. 2008.04.19: 1, 6-7.
14. Emberland T. "Nøkkelpersonen." *Nordlys*. 2008.05.03;Lørdagsbilaget: 8-12.
15. Saur S. "Tar legefrakken og går." *Nordlys*. 2008.05.05: 6.
16. Fremnesvik SP. "Helseansatte flykter." *Bladet Tromsø*. 2008.05.06: 1, 8-9.
17. Saur S. "Helsekrise i Tromsø fengsel." *Nordlys*. 2008.05.06: 8.
18. Simonsen B. "Blir kriseløser i fengselshelsetjenesten." *Bladet Tromsø*. 2008.05.07:15.
19. Brattland T. "Konflikten i fengselshelsetjenesten." *Nordlys*. 2008.05.09: 52.
20. Fremnesvik SP. "Endelig over." *Bladet Tromsø*. 2008.05.09: 15.
21. Fremnesvik SP. "Orienterte ikke sivilombudsmannen." *Bladet Tromsø*. 2008.05.10: 12-13.

22. Fremnesvik SP. "Bør slå ring om de ansatte." *Bladet Tromsø*. 2008.05.14: 4-5.
23. Storvik AG. "Helsepersonell flykter fra Tromsø fengsel." *Dagens Medisin*. 2008.05.15: 9.
24. Mathiesen T. "Utestegning." *Dagsavisen*. 2008.05.22: 5.
25. Letvik T. "Innsatte hengte seg." *Dagsavisen*. 2008.05.24: 14.
26. Letvik T. "Leger ble ikke hørt - to innsatte hengte seg." *Nordlys*. 2008.05.24: 5.
27. Rafter B. "Nordnorske legers vurderinger av soningsdyktighet." *Bladet Tromsø*. 2008.06.05: 43.
28. Rafter B. "Nordnorske legers vurderinger av soningsdyktighet." *Nordlys*. 2008.06.05:64.
29. Fause L. "Skal fengselsstraff fullbyrdes?" *Nordlys*. 2008.06.06: 47.
30. Reinholdtsen P. "Nektes fengselssvar." *Bladet Tromsø*. 2008.06.06: 5.
31. Eidissen LR. "Helsetjeneste i fengsel." *Nordlys*. 2008.06.09: 53.
32. Eidissen LR. "Helsetjeneste i fengsel." *Bladet Tromsø*. 2008.06.09: 41.
33. Reinholdtsen P. "Leger vurderer Tromsø-boikott." *Bladet Tromsø*. 2008.06.09: 4-5.
34. Fremnesvik SP. "Brustad håper på samarbeid." *Bladet Tromsø*. 2008.06.10: 19.
35. Karlsen K. "Statsadvokat Fause banaliserer alvorlige spørsmål." *Bladet Tromsø*. 2008.06.10: 45.
36. Karlsen K. "Statsadvokat Fause bagatelliserer alvorlige spørsmål." *Nordlys*. 2008.06.10: 48.
37. Storvik AG. "Brustad konfrontert med fengselskonflikt." *Dagens Medisin*, nettutgave, lest 29.03.09 på <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2008/06/11/fengselshelsetjenesten-til/index.xml>
38. Dommerud T. "Tromsleger støtter fengselslegen". *Dagens Medisin*, nettutgave, lest 29.03.09 på <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2008/06/12/troms-leger-sttter-fengsel/index.xml>.
39. Fause L. "Feil etat, Kjetil Karlsen." *Nordlys*. 2008.06.12: 64.
40. Karlsen K. "Fengselshelsetjenestens uavhengighet." *Dagens Medisin*. 2008.06.12:19.
41. Bjørkli G. "Fengselslege Karlsens forhold til sannheten." *Bladet Tromsø*. 2008.06.13: 34.
42. Fremnesvik SP. "Sterk kritikk mot Karlsen." *Bladet Tromsø*. 2008.06.13: 4-5.
43. Fremnesvik SP. "Spør igjen om fengselsstriden." *Bladet Tromsø*. 2008.06.14: 9.

44. Pedersen F. "Ro ved Tromsø fengsel." *Nordlys*. 2008.06.14: 48.
45. Robertsen S. "Liv og helse i Tromsø fengsel." *Bladet Tromsø*. 2008.06.18.: 37.
46. Fremnesvik SP. "Manipulert av helseansatte." *Bladet Tromsø*. 2008.06.20: 16-17.
47. Mathiesen T. "Du er rette vedkommende, justisminister!" *Bladet Tromsø*. 2008.06.20: 32.
48. Brattland T. "En kilde til forbedring." *Nordlys*. 2008.06.21: 48.
49. Rein M, Fredriksen SS. "Oppreisning for fengselslege." *Nordlys*. 2008.06.24: 7.
50. Reinholdtsen P. "Utestengelse opphevet." *Bladet Tromsø*. 2008.06.24: 17.
51. Leder. "Fengselsstriden." *Bladet Tromsø*. 2008.06.25: 3.
52. Bjørkli G. "Fengselslege Karlsen er ingen varsler!" *Bladet Tromsø*. 2008.06.26: 36.
53. KROMs styre og kriminalomsorgsutvalg "Sensurlyst hos Geir Bjørkli." *Bladet Tromsø*. 2008.06.26: 36.
54. Pedersen C. "Politianmelder soningsforhold." *Bladet Tromsø*. 2008.06.28: 12-13.
55. Olsen ET. "Klargjøring vedr. fengselshelsetjenesten." *Bladet Tromsø*. 2008.06.30: 39.
56. Vigen T, Befring AK. "Ønsker vi god medisinsk behandling av innsatte og ansatte i fengsler?" *Bladet Tromsø*. 2008.06.30.: 39.
57. Kroken N. "Konflikten ved Tromsø fengsel." *Nordlys*. 2008.07.08: 44.
58. Thuen IP. "Vil tilbake nå." *Bladet Tromsø*. 2008.07.08: 10 -11.
59. Fremnesvik SP. "Karlsen krever 90.000." *Bladet Tromsø*. 2008.09.02: 4-5.
60. Ekanger M. "Døde av metadon-overdose." *Nordlys*. 2008.09.13: 4.
61. Strandmo J. "Fengselslegene går for benådning." *Bladet Tromsø*. 2008.09.13: 10.
62. Fremnesvik SP. "Slipper deg inn i fengsel." *Bladet Tromsø*. 2008.09.25: 14.
63. Gregersen R. "Fengselsaspiranter positive til åpen soning." *Bladet Tromsø*. 2008.09.27: 6.
64. Loe OM. "Sigve (6) fikk se livet bak murene." *Nordlys*. 2008.09.29: 12.
65. Reinholdtsen P. "Klare for klamp om foten." *Bladet Tromsø*. 2008.09.29: 12 -13.
66. Wessel-Hansen S. "Frarøvet skolen på grunn av plassmangel." *Nordlys*. 2008.10.04: 12-13.
67. Reinholdtsen P. "Karlsen - den siste." *Bladet Tromsø*. 2008.10.14: 10.
68. Fremnesvik SP. "Fraråder leger å ta jobber." *Bladet Tromsø*. 2008.10.22: 14-15.
69. Fremnesvik SP. "Ålien avslår å bli fengselslege." *Bladet Tromsø*. 2008.10.25: 12.
70. Reinholdtsen P. "Frykter for liv og helse." *Bladet Tromsø*. 2008.10.31: 1, 4-5.
71. Bjørkli G. "Forholdene ved Tromsø fengsel." *Bladet Tromsø*. 2008.11.04: 30.

72. Pedersen C, Holte MA. "Den siste fengselslegen sier opp." *Bladet Tromsø*. 2008.11.06: 14.
73. Fremnesvik SP. "Krever Karlsen tilbake." *Bladet Tromsø*. 2008.12.09: 8.
74. Fremnesvik SP. "Fengslende skål." *Bladet Tromsø*. 2008.12.20: 4-5.
75. Fremnesvik SP. "Ny giv i fengselet." *Bladet Tromsø*. 2008.12.27: 20
76. Lien T. "Eidissen tilbys annen stilling." *Bladet Tromsø*. 2009.01.13: 7
77. Lien T. "Direktør Eidissen varsler oppgjør." *Bladet Tromsø*. 2009.01.14: 6.
78. Usignert. "Fengselsstriden midlertidig over." *Nordlys*. 2009.01.28. Lest 29.03.09 på <http://www.nordlys.no/nyheter/article4083711.ece>
79. Østlie JE. "Tromsøkonflikten." *Magasinet Aktuell*. 2009.01.29: 1, 4-6.
80. Østlie JE. "Helse eller sikkerhet?" *Magasinet Aktuell*. 2009.02.25: 44-45.
81. Vigen T. "Tromsøkonflikten og Bjøklis uttalelser." *Magasinet Aktuell*. 2009.02.25:45.
82. Storvik AG. "Fengselshelse under lupen." *Dagens medisin* 2009.02.26: 9.
83. Aspaker E. "Straff og livet derpå." *Nordlys*, 2009.03.03: 3.

#### **Andre kilder:**

- Den norske Legeforening. "Høring i Stortingets justiskomite 4.12.2008 om St.meld. nr 37 (2007-2008) - Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn". Innlegg på høring. Publisert 2008.12.09, lastet ned 2009.03.29 på <http://www.helsebiblioteket.no/Fengselshelse/29655.cms>
- Den norske Legeforening. "Rolleavklaring vedrørende medisinske vurderinger av innsatte i fengsel", brev av 2008.07.07 stilet til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Karlsen, K. "Fengselshelsetjeneste og legeforeningens rolle", åpent brev til Helsedirektoratet postet på [eyr.no](http://www.eyr.no) 2008.06.14. lest 2009.03.05 på <http://www.uib.no/isf/eyr/2008q2/012153.html> Forumets arkiv ble tilgangsregulert i mars 2009, og er ikke lenger tilgjengelig for utenforstående.
- Statens Helsetilsyn. "Helsetjeneste i fengsel – behov for avklaring", brev av 2009.03.03., signert ass. direktør Geir Sverre Braut og seniorrådgiver Lisa Husby Sande. Stilet til Helse- og omsorgsdepartementet, med kopi til Helsetilsynet i Troms, Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, Helsedirektoratet, Tromsø kommune, Kriminalomsorgen region nord, Kriminalomsorgen Tromsø fengsel, Den norske legeforening, advokat Nina Kroken.

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord i denne oppgaven: 39 584

## Vedlegg

### Intervjuguide

#### Introduksjon

Jeg tenkte at jeg aller først skulle fortelle deg kort om dette prosjektet, og forklare både litt rundt det praktiske her og hva jeg håper at vi komme inn på i denne samtalen.

Det er som jeg allerede har fortalt litt om at dette er en undersøkelse om legers arbeid i fengsler, og særlig i forhold til innsatte som sitter på ulike former for restriksjoner eller isolert. Det er veldig mange sider ved helsearbeidet som er interessant å snakke om, men jeg har valgt å konsentrere meg særlig om mer eller mindre isolerte innsatte. Jeg har inntrykk av at de er i en situasjon med særlig helsemessige utfordringer. Det har dessuten vært en del debatt knyttet til den skandinaviske isolasjonsbruken. Jeg er først og fremst ute etter å forstå hvordan ting virker med helsearbeidet her i fengselet, eller hvordan det foregår, hva du gjør og hvilke erfaringer du har med ulike sider av jobben din. Jeg har en del temaer og spørsmål her på disse arkene som jeg gjerne vil ta opp med deg, så jeg kommer til å spørre deg litt om arbeidsforhold og arbeidsoppgaver, rutiner, eventuelle konfliktsituasjoner og dilemmaer, og ulike ting som kan hjelpe meg til å forstå hvordan ting fungerer her.

Før vi begynner må jeg si at jeg er underlagt taushetsplikt, og at alle opplysninger som blir samlet inn blir behandlet konfidensielt. Når jeg intervjuer deg nå, så er det ikke deg som person som er viktig. Det er de erfaringene du har som lege jeg er interessert i, og hva du kan si om den situasjonen du er i, eller den posisjonen du innehar. Når resultatene av undersøkelsen blir analysert og brukt til forskning, vil navn og andre identifiserbare opplysninger være fjernet. Jeg tenkte jeg skulle ta opp intervjuet, slik at jeg får med akkurat det som blir sagt. Er det i orden? Om du ønsker det, så kan du få tilbake utskriften av dette intervjuet senere. Ønsker du det?

Jeg vet lite om arbeidet og arbeidssituasjonen din, så derfor håper jeg at du kan forklare meg dette i detalj. Nå i begynnelsen vil jeg bare spørre noen korte spørsmål for å få vite litt om konteksten rundt arbeidet ditt, det er ting vi kan komme tilbake til senere.

**Bakgrunnsinformasjon**

Alder

Medlem av Legeforeningen?

Utdanning

Hvor lenge jobbet i fengsel?

Hvorfor begynte du der?

**Arbeidsforhold**

Hva slags stilling har du på fengselet? (hvor mye, type stilling, hvor)

Stillingsinstruks?

Hvor lenge har du arbeidet i fengselet?

Hva slags avdelinger er det her på fengslet? Beskriv.

**Ansvar**

Hva går arbeidsdagen din som fengselslege stort sett ut på?

Hva slags innsatte har du ansvar for/jobber du med? (varetektsfanger også?)

**Tilsyns- og varslingsrutiner**

Hvordan kommer pasientene til deg?

Hvem avgjør om varetektsfanger og/eller isolerte har behov for helsetjenester?

Om det er sykepleier eller fengselsbetjenter som følger med på de innsatte eller motta forespørsler om legebehov, er det noe problem?

Får de fast tilsyn, er det noen rutiner på det? (evt. hvor ofte, hvor lenge)

Er det andre måter de kommer til deg på?

Regler?

**Hoveddel: Arbeid med helseproblemer blant mer eller mindre isolerte**

Hva er du mest fornøyd med det dere får til med helsearbeidet i fengselet?

Er det noe du synes burde vært bedre?

*Jeg lurer særlig på forhold rundt de som sitter mer eller mindre isolert, både de som er domfelte og de som er varetektsfanger.*

Har du hatt slike pasienter?

Hvilke problemer har de? (også isolerte varetektsfanger, beskriv symptomer og plager)

Har du opplevd at fanger som du har hatt noe med å gjøre har sittet i varetekt eller mer eller mindre isolert over lengre tid?

Hvor lenge?

Hadde du tilsyn eller kontakt med dem i denne perioden?

Hva slags problemer har disse innsatte? (isolerte/varetektsfanger over tid)

Endrer plagene seg over tid?

Hva skjedde med dem da?

Hva gjorde du for dem?

(Spør, spør, spør, spør)

Er det noe du *ikke* kan gjøre for dem?

Er disse problemene annerledes enn plagene de andre innsatte har?

### **Konflikt**

Har du opplevd å ha pasienter som ikke burde vært isolert? Eller som du har sett har tatt skade av det?

Hva gjorde du da?

Hva skulle til for at du kunne gjort det annerledes?

Hvilke muligheter har du til å påvirke situasjonen til disse pasientene?

Har du opplevd at du har vært uenig med fengselet om behandling av innsatte?

Kan du huske hva som skjedde?

Hvis ja: Tok du kontakt med Legeforeningen da? Hvorfor ikke?

|  |
|--|
| Kontaktet<br>storaktører?<br>Posisjoner? |
|--|

*Jeg har tenkt at det kan oppstå motsetninger eller dilemmaer når leger skal verne om fangenes helse, men må utøve sine oppgaver innenfor rammer satt av en institusjon som tidvis produserer lidelse. På mange måter har jo helsetjenesten og fengselet motstridende mål. Helsetjenestens formål er å fremme helse og behandle de enkelte pasientene, mens fengselet først og fremst har et sikkerhetsansvar og en bevoktningsoppgave. Har du opplevd situasjoner der disse to virksomhetsmålene har kommet i konflikt med hverandre?*

Hva skjedde da?

Har du opplevd situasjoner der pasientens interesser og fengselets interesser sto i en slags motsetning? Hva gjorde du da? Ble det en lojalitetskonflikt?

*Jeg har lest om en gruppe på fire fengselsleger som i 1986 henvendte seg til Rådet for legeetikk. De mente at det kan være vanskelig å oppdage et snikende "isolasjonssyndrom", fordi skadelige virkninger av isolasjon kan komme raskt, men også langsomt og snikende. De mente at ved å delta i regelmessig tilsyn én gang per uke "vil legen være med på å gi isolasjonen et skinn av humanitet og han vil kunne oppfattes som garantist for at skadevirkninger ikke skal utvikle seg". Rådet for legeetikk svarte legene i 1987 med at "det rent legeetisk vil være korrekt ikke å delta i det rutinemessige tilsyn av isolerte og derved gi medisinsk forhåndsklarering av isolasjonen ...". Helsedirektoratet var enig.*

Hva synes du? Hvordan vurderer du det etiske ved dette?

*Den gang i 1987, da Rådet for legeetikk besluttet at praksisen ikke var legeetisk riktig, sa de samtidig at de ikke hadde tatt hensyn til arbeidsrettslige regler for fengselsleger. Legene som jobbet i fengsel den gang måtte fortsatt gjøre denne jobben. Opplever du at det er sånn, at Legeforeningen kan uttale seg om hva leger skal og ikke skal gjøre prinsipielt sett, men i praksis kan ikke legene nødvendigvis følge det?*

Er det andre situasjoner du har opplevd som etisk vanskelige i arbeidet på fengselet? Eller andre dilemmaer?

Om legen er uenig med fengselets praksis: Synes du det er vanskelig å jobbe på en slik institusjon? Eller er det samme type dilemmaer som alle leger må forholde seg til?

### **Andre posisjoner**

Hva/hvem bestemmer dine arbeidsoppgaver/hva du skal gjøre her?

Hvem treffer vedtak om isolering av fanger skal skje eller opphøre i dette fengselet?

Hvem andre jobber du sammen med i forbindelse med arbeidet overfor disse fangene?

Hvordan foregår dette samarbeidet helt konkret?

Har du kontakt med ledelsen på fengselet?

Hvem prater du med om arbeidssituasjonen din eller situasjoner som oppstår her i fengselet?

(andre leger, Legeforeningen, andre i fengselet?)



## Kunnskap

Hvordan er hverdagen til de fangene som sitter på varetekt? Det virker som det er litt forskjellig på de forskjellige fengslene. Kan du fortelle noe om hvordan det er her? Hva med domfelte som sitter på restriksjoner? Hva går restriksjonene ut på?

*Norsk praksis særlig med isolering av varetektsfanger har fra tid til annen vært kritisert av blant andre Europarådets torturkomité, og innimellom av kriminologer og psykologer blant annet. Har du vært opptatt av den debatten? Har den hatt noe å si på arbeidsplassen din?*

Hvor finnes det informasjon og kunnskap om helseproblemer i fengslene som er nyttig for leger, eller har du prøvd å finne noe slikt?

tekst

Hvor får du ellers innspill fra? (I forhold til jobben. Bøker, artikler, tidsskrifter, andre leger, internett?)

Har du gått på kurs eller noen form for etterutdanning som er spesielt relevant for arbeid med fengslede pasienter? (Menneskerettighetsutvalgets "Doctors in Prison", kommunehelsetjenesten).

Nei: Kjenner du til noen som du kunne tenke deg å ta hvis du fikk muligheten?

Ja: Hva syns du om det? Hvilket utbytte fikk du av det?

## Tekster

Er det noen arbeidsinstrukser du har som du følger?

Eksisterer det noen tekster du forholder deg til i arbeidet?

Veilederen?

Hvordan bruker du dem?

## Andre "storaktører"

Hva gjør Den norske legeforening i forhold til helsearbeidet i fengselet og din arbeidssituasjon?

Har du tatt initiativ eller tatt kontakt med Legeforeningen i forbindelse med ditt arbeid i fengselet?

Ja: Hva gjaldt det? Hva skjedde da?

Nei (og har fortalt om problemer): Hvorfor ikke?

Hva kunne de gjort annerledes?

Hva gjør norske helsemyndigheter med helsearbeidet i fengslene? Og varetektsfanger og isolerte sin helse?

Hva kunne de gjort annerledes?

Hva gjør helsetjenesten i kommunen?

Hva kunne de gjort annerledes?

|                              |
|------------------------------|
| Har du fått<br>med tekstene? |
|------------------------------|

### **Framtiden**

Du begynte å jobbe i fengselet i ..... Hvor lenge ser du for deg at du vil jobbe som lege i fengsel? (Hvorfor/hvorfor ikke)

...

(Evt. noe fra Helsetilsynet?)

...

### **Avslutning**

Er det noe du vil si mer om, noe du føler du ikke har fått sagt? Eller noe jeg har glemt å spørre om?

Ønsker du å få tilsendt den ferdige oppgaven?



# UNIVERSITETET I OSLO

Institutt for sosiologi  
og samfunnsgeografi  
Postboks 1096, Blindern  
0317 Oslo

Besøksadresse:  
Harriet Holters hus, 2. etasje  
Moltke Moes vei 31

Telefon: +47 22 85 52 57  
Telefaks: +47 22 85 52 53

Blindern, 18. april 2007

## Legeetikk sett fra legers ståsted

Dette er en forespørsel om å delta i en undersøkelse om hvordan fengsel, isolasjon og legeetikk ser ut fra legers ståsted.

Det finnes mye forskning på etikk, men man vet lite om hvordan leger ser på etikk og hvordan leger møter etiske utfordringer i hverdagen. Det finnes dessuten svært lite forskning som gir kunnskap om helsepersonell sitt arbeid i fengsler i Norge. Fengselslegers erfaringer og kunnskap kan være interessant for andre leger, men også for ulike yrkesgrupper som er involvert eller interessert i både yrkesetikk og fengselsvesenet. Jeg er interessert i hva legenes arbeid konkret går ut på og hvordan leger tar beslutninger. Hvilke etiske dilemmaer og utfordringer møter fengselsleger i sin hverdag, og hvordan håndterer hun/han dem?

Forespørselen går til leger som har fengslede pasienter som soner under ulike former for restriksjoner, og som kunne tenke seg å la seg intervju om sin arbeidshverdag. Helsetjenesten i kommunen du arbeider for oppga ditt navn på en generell forespørsel om fengselsleger i kommunen, og denne henvendelsen går direkte til deg som lege. Forskningsprosjektet er et masterarbeid som leveres som masteroppgave ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi (UiO); og som professor Karin Widerberg er veileder for.

## Din kunnskap er viktig

Leger gjør et viktig arbeid i fengselet, og dette arbeidet fortjener oppmerksomhet. I debatter om profesjonsetikk bør de som skal utføre den få uttale seg. Det er selvsagt avgjørende for dette forskningsprosjektet at leger vil fortelle om sin hverdag og sine erfaringer. Kanskje kan et intervju bidra til egen refleksjon rundt arbeidet? Din kunnskap er nyttig for andre, og jeg håper at du har mulighet og lyst til å delta!

## Andre opplysninger

Undersøkelsen er vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Jeg er underlagt taushetsplikt, og alle opplysninger som blir samlet inn anonymiseres og behandles konfidensielt. Alle som har deltatt i undersøkelsen vil få et eksemplar av masteroppgaven tilsendt hvis ønskelig. Du kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke deg fra videre deltagelse, eller kreve at opplysningene du har gitt blir slettet, uten å måtte begrunne dette.

Jeg vil kontakte deg per telefon i løpet av to uker. Du vil da kunne reservere deg fra eller samtykke til deltagelse, samt få mer informasjon om prosjektet om så ønskes. Hvis du har spørsmål, eller allerede nå vil gi beskjed om at du kan delta, vennligst ta kontakt på telefon 92685567 (mobil) eller på epost: [marters@gmail.com](mailto:marters@gmail.com). Du kan også signere det vedlagte arket, og postlegge det i svarkonvolutt som er adressert Universitetet i Oslo. Brevet gis uåpnet til meg.

Vennlig hilsen

Veileder:

Marte Rua Sørbye  
(mastergradsstudent, sosiologi)

Karin Widerberg  
(Professor i sosiologi)

Samtykkeerklæring

*Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien "Legeetikk sett fra legers ståsted" og sier meg villig til å delta.*

.....

.....

Sted

Dato

Underskrift

Jeg kan kontaktes på telefonnr.: .....

og/eller epostadresse:

.....